

Allegato "A"

Spett.le
ALBALONGA S.p.A in liq.ne e in c.p. n. 15/2012
Via Mascagni, 2bis
00041 Albano Laziale (RM)

DOMANDA DI AMMISSIONE
Dichiarazione Unica resa ai sensi del DPR 445/2000

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

N. di telefono fisso e fax _____

N. di telefono cellulare _____

Indirizzo e-mail/ PEC: _____

INDIRIZZO CUI INVIARE EVENTUALI COMUNICAZIONI (SOLO SE diverso dalla residenza):

Presso _____ Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALLA SELEZIONE AD EVIDENZA PUBBLICA PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DI FARMACISTI COLLABORATORI CUI ATTINGERE PER EVENTUALI ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO FINO AL 31/12/2018, CON RAPPORTO DI LAVORO PART TIME, PER SERVIZIO PRESSO LE FARMACIE COMUNALI, SITE IN ALBANO LAZIALE, IN VIA A. DE GASPERI N. 62 E IN VIA OLIVELLA N. 7/9/11.

DICHIARA

ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. e per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere cittadino _____
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____, ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato per i seguenti motivi: _____;

- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti, (oppure: di avere _____);
- di avere assolto gli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile);
- di non essere stato destituito né dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione (oppure indicare le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego);
- di possedere l'idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito presso _____ in data _____ con votazione pari a _____, con relativa abilitazione;
- di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ al n. d'ordine _____ in data _____;

Il sottoscritto dichiara inoltre di:

- AVERE NON AVERE

già prestato servizio, in qualità di Farmacista collaboratore, presso farmacie comunali.

Il sottoscritto autorizza la Società al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, ai soli fini inerenti le procedure selettive.

Allega alla domanda:

- Copia di valido documento di identità.
- Curriculum Vitae

Data

Firma (*)

(*) la firma non deve essere autenticata