

SERVIZIO PERSONALE ASSOCIATO

COMUNE DI PONTASSIEVE

Allegato 1

FAC-SIMILE DOMANDA

AL SERVIZIO PERSONALE ASSOCIATO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____
con recapito a cui inviare qualsiasi comunicazione (se diverso dalla residenza)

Codice Fiscale _____
Telefono fisso _____ Cellulare _____
E-mail _____
Pec _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per per n. 2 posti nel profilo professionale di Farmacista – cat. D.3 – per la stabilizzazione del personale ai sensi dell'art. 4 comma 6 del D.L. 101/2013, convertito con modifiche nella L. n. 125/2013.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, dichiara:

1. di essere cittadino/a italiano/a o di altro Paese membro dell'Unione Europea (specificare _____);
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso negativo, specificare il motivo della non iscrizione o cancellazione _____);
3. di avere l'idoneità fisica all'impiego cui si riferisce la selezione;

SERVIZIO PERSONALE ASSOCIATO

4. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione, ovvero non essere decaduto dallo stesso, ovvero licenziato;
5. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici in base a sentenza passata in giudicato;
6. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
7. di essere in possesso del titolo di studio di _____ conseguito il _____ presso _____ con la votazione di _____;
8. di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ dal _____;
9. di avere la seguente posizione nei confronti degli obblighi militari: _____;
10. di essere in possesso del seguente titolo di preferenza alla nomina _____;
11. di allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
12. di allegare curriculum formativo e professionale in carta semplice, datato, firmato, redatto ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. n° 445/2000.

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, autorizza l'Ufficio Personale Associato al trattamento dei dati personali ai fini dell'espletamento del procedimento in oggetto e di ogni altro atto conseguente.

Data _____

Firma _____