

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

alla selezione pubblica, per titoli, per l'assunzione con contratto di lavoro a tempo pieno e determinato di un Farmacista Collaboratore - Direttore di farmacia (Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti delle Imprese gestite o partecipate dagli Enti Locali, Esercenti Farmacie, Parafarmacie, Magazzini Farmaceutici all'ingrosso, Laboratori Farmaceutici - Assofarm -).

(in carta libera)

Al Presidente del CdA

della Farma Niscemi s.r.l.

C/o Ufficio Protocollo

del Comune di Niscemi (CL)

Pec: ufficioprotocollo@comunenisceimipec.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

_____ il _____ e residente a _____

in Via/Piazza _____ n. _____ C.F. _____,

Stato civile _____ Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____ PEC _____

presa visione del bando di selezione, per titoli, per l'assunzione con contratto a tempo pieno e determinato di mesi 6 (sei), di n. 1 (uno) "Farmacista Collaboratore - Direttore di farmacia" (Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti delle Imprese gestite o partecipate dagli Enti Locali, Esercenti Farmacie, Parafarmacie, Magazzini Farmaceutici all'ingrosso, Laboratori Farmaceutici - Assofarm -), presso la "Farma Niscemi s.r.l." con sede operativa a Niscemi(CL) Via Popolo 246,

CHIEDE

di essere ammesso a parteciparvi e a tale scopo - consapevole delle responsabilità civili e penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci -

DICHIARA

quanto segue
(*depenare le dichiarazioni non pertinenti*):

- che le proprie generalità sono quelle sopra riportate;
- il possesso della cittadinanza italiana;

(*oppure*) la cittadinanza del seguente Stato della Unione Europea : _____

e adeguata conoscenza della lingua italiana;

- di godere dei diritti civili e politici (*per i cittadini dell'Unione Europea, anche negli Stati di appartenenza o provenienza*) e di essere iscritto/a nelle liste elettorali nel Comune di _____;
- il possesso del titolo di studio di cui all'art. 1 del bando, e precisamente:
 Laurea in _____
 Conseguita il ____/____/____ presso _____,
 con votazione finale di _____;
- di aver conseguito in data _____ l'Abilitazione di Stato all'esercizio della professione di farmacista;
- di essere iscritt__ all'Albo Professionale presso all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____, data di iscrizione _____, numero di iscrizione _____ o di aver presentato domanda di iscrizione in data _____;
- di avere adeguata conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse nell'ambito della gestione delle farmacie;
- di essere in posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva e di quelli relativi al servizio militare volontario (per i candidati cittadini italiani di sesso maschile nati entro il 31/12/1985) in quanto (*specificare se assolto, esente, riformato, soprannumerario, ecc.*): _____;
- di non aver riportato condanne penali (applicazioni di pena ex art. 444 c.p.p.) e di non essere stato interdetto o sottoposto a misure di sicurezza o di prevenzione;
- di non avere procedimenti penali in corso per reati gravi e contro la pubblica amministrazione;
- di non aver riportato sanzioni disciplinari superiori alla censura;
- di possedere i seguenti titoli che danno diritto a fruire della preferenza, a parità di merito, con altri concorrenti (*selezionare la casella interessata*):
 - ☐ insigniti di medaglia al valor militare;
 - ☐ mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
 - ☐ mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
 - ☐ mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
 - ☐ orfani di guerra;
 - ☐ orfani dei caduti per fatto di guerra;
 - ☐ orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
 - ☐ feriti in combattimento;
 - ☐ insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
 - ☐ figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
 - ☐ figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
 - ☐ figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
 - ☐ genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra;

- ☐ genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
 - ☐ genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato;
 - ☐ coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
 - ☐ coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione che ha indetto il concorso;
 - ☐ coniugati e non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico (n. di figli ____);
 - ☐ invalidi e mutilati civili;
 - ☐ militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.
- di essere in possesso della idoneità psico-fisica al servizio continuativo ed incondizionato nella mansioni proprie della qualifica di farmacista collaboratore - direttore e di essere esente da tossicodipendenze ed alcool-dipendenza;
 - di non essere stato licenziato/a per motivi disciplinari, destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso enti locali o aziende pubbliche o private con provvedimento definitivo;
 - di non aver superato del limite massimo di età previsto dalle norme vigenti per il collocamento a riposo;
 - di possedere i seguenti titoli vari (*indicare dettagliatamente tutti i dati necessari per una eventuale verifica di veridicità, quali data di conseguimento, ente che lo ha rilasciato, ecc.*):
 - ☐ pubblicazioni scientifiche : _____

 - ☐ idoneità in concorsi per esami a posti di livello pari o superiore a quello del posto messo a bando: _____

 - ☐ titoli post-laurea con esame finale (master, corsi di perfezionamento, scuole di specializzazione, ecc.): _____

 - ☐ dottorato di ricerca in _____

 - di aver maturato almeno tre anni di servizio in qualità di **farmacista collaboratore** (oppure con qualifica superiore) presso farmacie private o municipalizzate, come di seguito specificato (*indicare tutti i periodi di servizio, anche ai fini della valutazione dei titoli*):

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/___ al ___/___/___

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/___ al ___/___/___

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/___ al ___/___/___

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/___ al ___/___/___

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Farmacia: _____

con sede in _____ via _____ n. _____

Inquadramento contrattuale (*in caso di qualifica superiore*) _____

CCNL applicato: _____

Periodo di lavoro: dal ___/___/___ al ___/___/___

Regime orario (*se part-time indicare la percentuale*): _____

Il / La sottoscritt___ dichiara inoltre:

- 1) di essere disponibile all'assunzione, anche immediatamente, dopo l'approvazione della graduatoria definitiva;
- 2) di essere consapevole che l'assunzione rimane subordinata, altresì, ai limiti imposti dalle disposizioni legislative vigenti e da motivate esigenze di organizzazione;
- 3) di avere preso visione e di accettare in modo pieno ed incondizionato le disposizioni contenute nell'avviso di selezione e in particolare quelle relative alla facoltà, in capo alla Società, di annullare, revocare o modificare l'avviso di selezione e di prorogare il termine fissato per la presentazione delle domande;
- 4) di essere disponibile, nel caso di assunzione, a domiciliarsi nel Comune di Niscemi al fine di garantire la propria reperibilità, entro quindici minuti dalla chiamata;
- 5) di aver preso visione che la graduatoria rimarrà valida per un periodo di mesi 12 (dodici) dalla sua pubblicazione;
- 6) di essere consapevole che tutte le comunicazioni/convocazioni inerenti alla presente procedura verranno effettuate, con valore di notifica a tutti gli effetti di legge, mediante avvisi pubblicati sulla home-page del sito web del Comune di Niscemi: www.comune.niscemi.cl.it
- 7) di autorizzare la Farma Niscemi Srl e l'Ente Comune di Niscemi, ai sensi della vigente normativa sulla privacy, al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto all'art. 8 dell'Avviso di selezione;
- 8) di allegare alla presente domanda:
 - ☐ copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità;
 - ☐ copia fotostatica della Tessera sanitaria in corso di validità;
 - ☐ il proprio curriculum professionale, debitamente datato e sottoscritto;
 - ☐ documentazione attestante il possesso dell'anzianità di servizio di almeno 3 (tre) anni prescritta per l'ammissione alla procedura (*estratto contributivo INPS, attestati di servizio, contratti di lavoro, CUD, ecc.*)
 - ☐ altro (*ad esempio: copia delle pubblicazioni scientifiche, delle determinazioni di idoneità nei concorsi, degli attestati di partecipazione a corsi, degli ulteriori titoli di studio, ecc.*)

Fermo restando che __ sottoscritt__ accetta che tutte le comunicazioni/convocazioni inerenti alla presente procedura selettiva verranno effettuate mediante avvisi pubblicati sulla home-page del sito web del Comune di Niscemi: www.comune.niscemi.cl.it , dichiara che eventuali comunicazioni potranno essere inviate, a discrezione della Società, al seguente indirizzo:

Comune: _____, Provincia _____, CAP _____, Via: _____ n. _____

_____ ovvero tramite messaggistica al n. di cell. _____ ovvero al seguente

indirizzo Email: _____

P.E.C.: _____

e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione.

Data _____ Luogo _____

Firma _____

C_F899 - - 1 - 2024-10-08 - 0026846