Spett.
Azienda Speciale Pluriservizi
Via Pascoli, 6 – Viareggio (Lu)

DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL TIROCINIO FORMATIVO PRESSO L'AZIENDA SPECIALE PLURISERVIZI - PROFILO FARMACISTA

Il sottoscritto, **NOME**_____**COGNOME**_____

(le donne coniugate devono indicare soltanto il proprio cognome da nubile)

luogo di nascita_____

(città/provincia/stato per i candidati nati all'estero)

data di nascita_____ **codice fiscale** _____

comune di residenza / altro stato membro u.e. di residenza

_____

Via/P.zza _____ **N.**_____ **Prov.** _____ **C.A.P**._____

Telefono _____ **Cellulare** *(facoltativo)* _____

Indirizzo posta elettronica certificata PEC_____

RECAPITO CUI IL SOTTOSCRITTO CHIEDE DI INVIARE OGNI COMUNICAZIONE RIFERITA ALLA PRESENTE SELEZIONE *(da compilare solo se diverso dall'indirizzo di residenza)*:

Via/P.zza_____ **N.**_____

C.A.P._____ **Comune di residenza**_____ **Prov.** _____

Telefono _____

avendo preso visione dell'avviso di selezione pubblica per l'attivazione di un tirocinio nel profilo di "Farmacista Collaboratore",

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione di cui in oggetto.

A tal fine, il sottoscritto ai sensi del Dpr. n. 445/00, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. di essere cittadino italiano (per gli appartenenti agli altri Stati membri dell'Unione Europea indicare la propria cittadinanza: _____);
2. Idoneità fisica alle mansioni inerenti il posto oggetto della presente selezione.
3. Godimento dei diritti civili e politici, anche negli stati di provenienza o appartenenza.
4. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di:_____ Prov._____ (per gli appartenenti agli altri Stati membri dell'Unione Europea indicare l'Ente di iscrizione: _____).

   In caso di mancata iscrizione, indicarne i motivi:_____
5. Avere un'età compresa tra 18 e 32 anni;
6. non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento ovvero non essere stato dichiarato

decaduto da un impiego pubblico, ai sensi del Dpr. n. 3/57 e smi.;
7. non avere riportato condanne penali o di procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto di impiego con Pubbliche Amministrazioni;
8. (per i cittadini di Stati membri dell'Unione Europea) di possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
9. (solo per i candidati di sesso maschile nati entro il 31.12.1985) di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva e precisamente: _____,
Distretto Militare competente: _____;
10. di essere in possesso di laurea in FARMACIA, o della seguente LAUREA equipollente
_____;
(per i candidati di Stati membri dell'Unione Europea) che la laurea sopra indicata, non conseguita in Italia, è stata riconosciuto dal Ministero, ai sensi del Dlgs. n. 115/92 e smi e dal Dlgs. n. 206/07 e smi;
11. Di essere iscritto all'albo dei farmacisti;
12. Di essere in possesso di indirizzo personale di posta elettronica certificata;
13. di conoscere l'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
14. di non svolgere o non aver svolto in passato attività di tirocinio e/o non avere in corso o aver avuto in passato rapporti di lavoro o di collaborazione retribuita a qualunque titolo con l'Azienda;
15. di essere nella seguente situazione occupazionale:

- inoccupato/a;
- disoccupato/a con iscrizione al Centro per l'Impiego di _____ dal

_____/_____/_____;
16. di autorizzare l'Azienda (e le aziende aderenti all'Associazione Temporanea di Scopo) al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Dlgs. n. 196/03, finalizzato agli adempimenti indicati nell'Avviso di selezione;
17. di conoscere ed accettare tutte le condizioni previste nell'avviso di selezione;

Alla presente domanda dì partecipazione alla selezione il sottoscritto allega:
1. fotocopia di un documento valido di identità;
2. il Curriculum Vitae, in formato europeo secondo lo schema allegato all'avviso di selezione.

Data _____

FIRMA LEGGIBILE

_____