

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED  
ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI FARMACISTA COLLABORATORE A  
TEMPO PIENO E INDETERMINATO**

ALLA VELLETRI SERVIZI SPA  
VIA DEI VOLSCI N. 57  
00049 VELLETRI RM

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ indirizzo  
mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammesso/a a partecipare al concorso per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo pieno ed indeterminato di n. 1 posto di farmacista collaboratore, livello 1° del vigente Ccnl per i dipendenti delle imprese gestite o partecipate dagli enti locali, esercenti farmacie, parafarmacie, magazzini farmaceutici all'ingrosso, laboratori farmaceutici.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dal DPR n. 445 del 28.12.2000, quanto segue:

1. essere fisicamente idoneo all'impiego
2. godere dei diritti civili e politici;
3. avere posizione regolare rispetto agli obblighi militari (solo per i concorrenti di sesso maschile qualora appartenenti ad una categoria il cui obbligo era previsto);
4. possedere il titolo di studio richiesto per l'ammissione al concorso (\_\_\_\_\_);
5. possedere l'idoneità alla professione di farmacista;
6. essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti;
7. possedere i titoli curriculari e culturali valutabili come indicato nella sezione del bando "Modalità di svolgimento del concorso";
8. indicazione della lingua straniera prescelta per la prova orale \_\_\_\_\_;
9. titoli che danno diritto di precedenza e/o preferenza a parità di punteggio previste dalle leggi in materia a favore di determinate categorie e comunque previste dall'art. 5 DPR 487/1994 \_\_\_\_\_;
10. di non aver riportato condanne penali e non essere stati interdetti o sottoposti a misure che escludano, secondo le leggi vigenti, dall'accesso agli impieghi presso una pubblica amministrazione, né avere procedimenti penali in corso;
11. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, né essere stato dichiarato decaduto da altro impiego pubblico per averlo conseguito con documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;

Le comunicazioni riguardanti il concorso dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

---

---

Data

Firma

**SOLO PER I CITTADINI DEGLI STATI MEMBRI:**

In quanto cittadino degli Stati membri dell'Unione Europea dichiaro, inoltre, di godere dei diritti civili e politici anche negli stati di appartenenza o provenienza, e di avere adeguata conoscenza della lingua Italiana.

Data

Firma

Si allega

- ricevuta in originale della tassa di concorso;
- fotocopia del documento di identità .