

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE DA REDIGERSI IN CARTA SEMPLICE

Spett.le
Vittorio Veneto Servizi S.r.l.
Piazza Fiume, 30
31029 Vittorio Veneto (TV)

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e nome)
nato/a a _____ (____) il _____ (gg/mm/aa)
residente nel Comune di _____ (____)
in Via _____ n. _____ CAP _____
Telefono _____ Cellulare _____
Indirizzo e-mail _____
Codice Fiscale _____

In possesso di patente di guida: SI ☐ tipo _____ NO ☐

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per l'assunzione di Coadiutore di Farmacia, Liv. 4, C.C.N.L. dipendenti da farmacia privata, con contratto a tempo pieno e indeterminato per le Farmacie gestite dalla società Vittorio Veneto Servizi S.r.l.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

1. Cittadinanza:

di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (specificare quale _____) e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

2. Liste elettorali:

- ☐ di essere iscritto alle liste elettorali e nel godimento dei diritti civili;
- ☐ di non essere iscritto alle liste elettorali per i seguenti motivi (indicare quali _____);

3. Condanne e procedimenti penali:

- ☐ di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di avere riportato condanne penali passate in giudicato per le seguenti fattispecie di reato _____;
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____;

4. Licenza Media:

di aver conseguito il titolo di studio:
Licenza Media;

5. Esperienza come coadiutore :

di avere maturato una esperienza in farmacia privata o pubblica di almeno tre mesi di calendario e in particolare nei seguenti periodi:

5. Idoneità fisica :

di avere idoneità fisica senza alcuna limitazione alla mansione di coadiutore di farmacia.

6. Professione Farmacista :

di non essere laureato in Farmacia o Chimica Farmaceutica e di non essere iscritto a nessun ordine dei farmacisti in Italia o all'Estero.

DICHIARA INOLTRE

che tutte le dichiarazioni rese sono documentabili;

di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso di selezione e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura di selezione e degli adempimenti conseguenti;

di avere preso visione, in particolare, dell'avvertenza contenuta nell'avviso che la data, ora e la sede del colloquio orale saranno comunicate direttamente ai candidati con preavviso non inferiore a giorni 4 (quattro) di calendario.

SI ALLEGANO

Curriculum vitae personale in forma libera

Fotocopia del documento di riconoscimento _____
n. _____ rilasciato il _____
da _____ e in corso di validità.

SI CHIEDE

che ogni comunicazione relativa alla selezione in oggetto venga inviata al seguente indirizzo, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato alla Vittorio Veneto Servizi S.r.l. con Raccomandata A/R o PEC
Comune di _____ (____), Via _____
n. _____ CAP _____

ACCETTA ESPRESSAMENTE

di ricevere le comunicazioni inerenti la selezione in oggetto a mezzo raccomandata, telegramma o PEC agli indirizzi sopra indicati (a scelta della Società).

Luogo e data _____

Firma _____

(autenticata ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 mediante produzione di copia fotostatica di documento di riconoscimento)