



Farmapiana

LE FARMACIE COMUNALI DI:



Comune di
CAMPI BISENZIO



Comune di
SIGNA



Comune di
BORGO SAN LORENZO



Comune di
CALENZANO



Comune di
LASTRA A SIGNA

Farmapiana spa

ALLEGATO "A" - Schema di domanda magazziniere

Il/La sottoscritto/a

(COGNOME E NOME)

CHIEDE

di partecipare all'avviso di selezione in oggetto.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del suddetto D.P.R. derivanti da dichiarazioni false e mendaci

DICHIARA

conformemente alle modalità e alle prescrizioni individuate dal presente avviso

di essere nato/a il _____

a _____

Prov. _____, Stato _____;

Codice fiscale _____;

b) di essere residente a _____

in Via _____

Comune _____

(in caso di domicilio diverso dalla residenza)

di essere domiciliato a _____ Prov. _____

(C.A.P. _____) in Via _____ nr. _____

- di chiedere l'invio delle comunicazioni relative alla presente procedura al seguente indirizzo

PEC / email _____

e/o al seguente recapito telefonico cellulare _____;

numero fisso _____;

di essere in possesso del titolo di studio di:

conseguito in data (giorno/mese/anno) _____

Presso l'Istituto o Università _____

Con votazione

Dichiara inoltre:

- non avere riportato condanne penali o misure di sicurezza o prevenzione che impediscano, ai sensi della normativa vigente, la costituzione del rapporto di impiego con la Pubblica Amministrazione;
- di aver riportato le seguenti condanne penali, misure di sicurezza o prevenzione, con specificazione del titolo di reato e dell'entità della pena principale e di quelle accessorie:
- di accettare senza riserve le condizioni previste dall'avviso di selezione, nonché dalle disposizioni regolamentari della società;
- di essere informato che con la sottoscrizione apposta in calce alla domanda la società procede al trattamento dei dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali e secondo le disposizioni di legge vigenti (D.Lgs. n. 196/2003 e Regolamento 2016/679/UE); di essere, altresì, informato che relativamente ai suoi dati personali potrà esercitare i diritti di accesso, controllo e modificazione garantiti dall'art. 12 e ss del predetto Regolamento.

Allega alla presente domanda

1. Curriculum vitae professionale/formativo;
2. Copia fotostatica, leggibile, di documento di identità in corso di validità.

In fede,

Firma del Candidato _____

lì _____

Farmapiana spa – Società partecipata a capitale pubblico per la gestione delle Farmacie Comunali
Sede legale Via Buozzi 24 - 50013 Campi Bisenzio (FI) - tel. 055/8979640 - fax 055/8948643
Mail: info@farmapiana.it - PEC: farmapiana@pec.it Web: www.farmaciecomunalfarmapiana.it