

**Alla Segreteria  
AZIENDA SPECIALIZZATA  
SETTORE MULTISERVIZI  
Corso Garibaldi 78  
62029 TOLENTINO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere assunto/a a tempo determinato in qualità di "FARMACISTA COLLABORATORE" con inquadramento nel livello A1 del CCNL Aziende Farmaceutiche

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;
2. di risiedere a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso dei seguenti requisiti:
  - a) di essere cittadino italiano o straniero regolarmente soggiornante in Italia ;
  - b) di essere in possesso di:
    - diploma di laurea in farmacia;
    - diploma di laurea in chimica e tecnologie farmaceutiche;
    - abilitazione all'esercizio della professione di farmacista;
    - iscrizione all'Albo dei farmacisti;
  - c) di acconsentire espressamente - ai sensi e agli effetti di cui al DLgs n. 196 del 30/06/2003 - al trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nella presente domanda e nelle documentazioni fornite a corredo della stessa, ai seguenti scopi:
    - operazioni di selezione da svolgere da parte di apposita commissione giudicatrice;
    - adempimenti imposti dalla normativa sulle assunzioni.

Dichiara altresì:

che ogni comunicazione relativa alla presente selezione dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - cap \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni cambiamento del domicilio medesimo.

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la sua responsabilità, che tutti i dati e le notizie riportati nella presente domanda rispondono al vero, nella consapevolezza che la comunicazione di notizie false o comunque inesatte o incomplete comporta l'esclusione dalla selezione e qualora dovesse risultare in un momento successivo all'eventuale assunzione, la risoluzione del rapporto di lavoro.

Data \_\_\_\_\_

Firma

**ALLEGARE IL "CURRICULUM VITAE"  
e fotocopia del documento di identità**