

**Spett.le
Comune di Sona
Piazza Roma, 1
37060 S O N A (VR)**

OGGETTO: Domanda di partecipazione al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 1 posto di COLLABORATORE DI FARMACIA, CAT. D3.

Il/La sottoscritto/a in riferimento al concorso in oggetto per n.1 posto a tempo pieno e indeterminato di Collaboratore di Farmacia Cat. D3,

CHIEDE

di essere ammesso/a al suddetto concorso e a tal fine (compilando ove richiesto e contrassegnando le caselle)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITA'

Di chiamarsi _____; codice fiscale _____; sesso ____ ; stato civile _____; di essere residente in _____ Cap. _____ Prov. _____ Via _____ n. _____ Tel. _____ eventuale domicilio al quale vanno rivolte le comunicazioni: _____

Di essere nato/a il _____ a _____;

Di essere cittadino/a italiano/a;

Di essere cittadino/a del seguente stato estero della Comunità Europea _____;

Di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;

Di non aver subito condanne penali o di non aver procedimenti penali in corso;
ovvero

di aver subito le seguenti condanne penali: _____
_____;

di aver i seguenti procedimenti penali in corso: _____
_____;

Di non essere stato/a destituito/a ovvero dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dall'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabili;

- (Solo per i maschi) di aver la seguente posizione agli effetti degli obblighi militari:
_____;
- Di aver conseguito il seguente titolo di studio: _____
presso _____
in data _____ con la seguente votazione _____;
- Di essere iscritto all'ordine dei farmacisti della provincia di _____ dal
_____ al numero _____;
- Di scegliere la seguente lingua straniera: _____, la cui conoscenza verrà
accertata nel corso della prova orale;
- Di essere fisicamente idoneo/a al servizio;
- Di essere in possesso dei seguenti titoli di riserva, preferenza o di precedenza:

_____;
- Di accettare senza riserve le condizioni del bando e, se vincitore della prova pubblica, di
accettare le norme vigenti in questo Ente, nonché quelle successive che l'Amministrazione
intenda adottare.
- Di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della
procedura concorsuale e agli adempimenti conseguenti.

CHIEDE

- In quanto disabile, la concessione dei seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per lo
svolgimento _____ delle _____ prove
concorsuali: _____
_____.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- Fotocopia documento d'identità
- Ricevuta originale del versamento della tassa di concorso di € 3,87.=;
- Documenti che comprovano eventuali titoli di riserva, preferenza o di precedenza:

_____;
- _____;
- _____;
- Elenco degli altri documenti e titoli presentati.

_____ li _____

IN FEDE
