

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Spett. le Farmacie Comunali di Riccione S.p.A.  
Via Veneto, 28 – 47838 Riccione (RN)  
e-mail: [angela@farmaciecomunaliriccione.it](mailto:angela@farmaciecomunaliriccione.it)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (nome e cognome),

C.F. \_\_\_\_\_

presa visione dell'Avviso pubblicato da Farmacie Comunale di Riccione S.p.A. in data **27.10.2026**, chiede di essere ammesso/a a partecipare alla **Selezione interna per la formazione di un Albo di idonei alla mansione di Direttore di farmacia** e di accettare senza riserve tutte le norme e le clausole della suddetta selezione.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii con la presente domanda,

**DICHIARA (barrare):**

☐ 1. Avere maturato un'anzianità di almeno 2 anni come farmacista collaboratore, alle dipendenze di qualsiasi farmacia anche non gestita da Farmacie Comunale di Riccione S.p.A.;

☐ 2. Essere in servizio, al momento della presentazione della domanda, alle dipendenze di Farmacie Comunale di Riccione S.p.A., anche a tempo determinato.

**DI ACCETTARE (barrare):**

☐ di dichiarare, nel caso di nomina, di rinunciare al contratto di lavoro part-time;

☐ di dichiarare, nel caso di nomina, di accettare la destinazione della sede assegnata nell'ambito di tutte le farmacie gestite da Farmacie Comunali di Riccione S.p.A.

**DICHIARA INFINE (barrare):**

☐ di accettare fin d'ora, senza riserva alcuna tutte le condizioni e clausole della suddetta selezione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_