Allegato A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Spett. le Farmacie Comunali di Riccione S.p.A.
Via Veneto, 28 – 47838 Riccione (RN)
PEC: riccione@assofarm.postecert.it

Il/La Sottoscritto/a _____ (nome e cognome),

presa visione dell'Avviso pubblicato da Farmacie Comunali di Riccione S.p.A. in data **19 novembre 2026** chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica dal titolo: **Avviso di selezione per il profilo professionale di personale Farmacista collaboratore mediante valutazione titoli, prova scritta e colloquio per la formazione di una graduatoria finalizzata all'assunzione** 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 DPR 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii con la presente domanda,

DICHIARA (barrare e compilare gli spazi vuoti):

[ ] di accettare senza riserve ed integralmente tutte le norme e le clausole della suddetta selezione;

[ ] di essere nato/a a _____ (prov. _____)

Il _____/_____/_____ Stato _____

[ ] di essere intestatario/a del seguente codice fiscale _____

[ ] di essere residente a _____CAP _____

Prov. _____Via/piazza _____ n. _____

[ ] di essere domiciliato/a presso la propria residenza

ovvero (se non domiciliato/a presso la propria residenza)

[ ] di essere domiciliato/a a _____CAP _____

Prov. _____Via/piazza _____ n. _____

[ ]di indicare i seguenti recapiti personali:

Telefono _____ e-mail _____

eventuale PEC _____

REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE
(art. 1 Avviso di Selezione)

DICHIARA INOLTRE (barrare e compilare gli spazi vuoti):

[ ] di avere cittadinanza _____ (*specificare se italiana o di altro paese dell'Unione Europea o di un paese non membro dell'Unione Europea*);

[ ] di essere in possesso dei diritti civili e politici in _____ (*specificare se in Italia o indicare lo stato di appartenenza o provenienza*);

[ ] di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (prov. _____) (*solo per i cittadini italiani; in caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste indicarne di seguito il motivo*): _____);

[ ] di non aver riportato condanne penali passate in giudicato ovvero di procedimenti penali in corso e/o richieste di sospensione pena;

ovvero (*specificare l'elenco delle condanne o dei procedimenti penali pendenti in Italia o in altro Stato*)

[ ] di avere riportato le seguenti condanne o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti / sospensioni di pena:

_____

_____

_____

[ ] di non essere stato destituito/a o dispensato/a da enti pubblici o società partecipate per motivi disciplinari per giusta causa;

[ ] di non essere in alcuna delle condizioni previste dalle leggi vigenti come cause ostative per la costituzione del rapporto di lavoro;

[ ] di possedere un'ottima conoscenza della lingua italiana (*per i candidati che non hanno cittadinanza italiana*);

[ ] di possedere idoneità psichica e fisica alle funzioni afferenti al profilo professionale oggetto della selezione;

ovvero

[ ] che l'handicap posseduto è compatibile con le mansioni afferenti al profilo professionale oggetto della selezione.

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE
(art. 1 Avviso di Selezione)
DICHIARA INOLTRE (barrare e compilare gli spazi vuoti):

[ ] di essere in possesso del seguente titolo di studio (Laurea):

_____

_____

conseguito a _____ in data _____ presso _

_____ con voto finale _____/_____;

[ ] di essere iscritto/a all'Albo professionale dei Farmacisti;

[ ] di essere in possesso di patente di abilitazione alla guida di autoveicoli (categoria B) in corso di validità.

REQUISITI INTEGRATIVI (FACOLTATIVI)
(art. 1 Avviso di Selezione)
DICHIARA INOLTRE (barrare e compilare gli spazi vuoti):

[ ] di avere maturato un'esperienza lavorativa, con mansione di Farmacista collaboratore, presso farmacie pubbliche e/o private. Di seguito si specificano i relativi riferimenti:

Farmacia _____

Tipologia _____
(specificare se farmacia pubblica o privata)

Tipologia contrattuale _____
(dipendente/collaborazione/libero-professionale, altro)

Dal _____ **Al** _____
(gg/mm/anno) *(gg/mm/anno)*

Farmacia _____

Tipologia _____
(specificare se farmacia pubblica o privata)

Tipologia contrattuale _____
(dipendente/collaborazione/libero-professionale, altro)

Dal _____ **Al** _____
(gg/mm/anno) *(gg/mm/anno)*

Farmacia _____

Tipologia _____
(specificare se farmacia pubblica o privata)

Tipologia contrattuale _____
(dipendente/collaborazione/libero-professionale, altro)

Dal _____ **Al** _____
(gg/mm/anno) *(gg/mm/anno)*

Farmacia _____

Tipologia _____
(specificare se farmacia pubblica o privata)

Tipologia contrattuale _____
(dipendente/collaborazione/libero-professionale, altro)

Dal _____ **Al** _____
(gg/mm/anno) *(gg/mm/anno)*

[Replicare la tabella di cui sopra ove necessario]

[ ] di avere una buona conoscenza della lingua inglese (*specificare il livello posseduto, per parlato, letto e scritto*) _____

_____;

[ ] di avere conseguito l'attestato di Farmacista vaccinatore.

DICHIARA INOLTRE (barrare gli spazi vuoti):

[ ] di accettare fin d'ora, senza riserva alcuna, le condizioni dell'Avviso e del CCNL "per i dipendenti delle Imprese gestite o partecipate dagli Enti Locali, esercenti farmacie";

[ ] di non avere coniuge/convivente e grado di parentela o affinità, fino al secondo grado compreso, con il personale in forza di Aspes S.p.A. ai sensi dell'art. 18 del Codice Etico e di Comportamento di Aspes S.p.A. e dell'art. 1.5 del Regolamento per l'assunzione del personale presso Aspes S.p.A, pubblicati sul sito aziendale www.aspes.it;

[ ] di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad Aspes S.p.A. qualsiasi variazione dei dati forniti, sollevandola espressamente da qualsiasi responsabilità in caso di non ottemperanza da parte del sottoscritto.

[ ] di essere disoccupato/a *ovvero* **[ ] di non essere disoccupato/a**

ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE:

- **curriculum vitae** preferibilmente in formato europeo **datato e sottoscritto;**
- **copia fotostatica di un idoneo documento di identità personale in corso di validità;**
- **modulo privacy (All. B) datato e sottoscritto.**

ALLEGA FACOLTATIVAMENTE, ai sensi dell'art. 2 dell'Avviso, i seguenti ulteriori documenti, valutabili ai fini dell'attribuzione del punteggio di cui all'art. 5 dell'Avviso di selezione**:**

_____;

_____;

_____;

_____;

_____

Luogo e data _____

Firma (per esteso e leggibile o firma digitale) _____