****

**Allegato A**

**All’Azienda Pubblica di Servizi alla Persona**

**“Istituto Maria Redditi”**

**Via Costarella, 214/a**

**53048 Sinalunga (SI)**

**CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER L’ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO PIENO E/O PARZIALE DI N. 2 (DUE) FIGURE PROFESSIONALI NEL PROFILO DI “FUNZIONARIO-FARMACISTA”- Categoria D - Posizione economica D/1**

**Farmacie Comunale di Sinalunga e Farmacia Comunale di Valiano di Montepulciano**

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

* di partecipare al concorso di cui in oggetto.
* a tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, così come stabilito dall’art. 76 del d.p.r. n. 445/2000, nonché di quanto previsto dall’art. 75 del medesimo d.p.r. n. 445/2000

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del richiamato d.p.r. n. 445/2000 quanto segue:

1. di essere cittadini/a italiano/a o di stato appartenente all’unione europea in possesso dei requisiti previsti dall’ art 3 del dpcm 7.2. 1994 n 174;
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. di essere in possesso, ai fini dell’ammissione al concorso in oggetto, dei seguenti titoli di studio e professionali, indicati nel bando quali requisiti di ammissione;

3.1 titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.2 abilitazione professionale allo svolgimento della professione di farmacista conseguita come di seguito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.3 iscrizione all’ordine professionale dei farmacisti della provincia di:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con i seguenti estremi:

n° iscrizione all’ordine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di non aver riportato condanne penali con sentenza passata ingiudicata relativa ai reati comunque ostativi all’assunzione presso una pubblica amministrazione, ai sensi di disposizioni di legge e contrattuali applicabili ai dipendenti degli enti locali e di non essere sottoposti a misure di sicurezza, non avere procedimenti penali in corso, ne trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità
2. di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall’impiego presso la pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero dichiarati decaduti per aver conseguito la nomina mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
3. di aver diritto ai seguenti titoli di preferenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Di autorizzare l’A.P.S.P. Istituto Maria Redditi alla gestione dei propri dati per tutte le comunicazioni inerenti la selezione.

Il sottoscritto chiede che eventuali comunicazioni relative alla presente procedura siano inviate all’indirizzo sopra indicato ovvero al seguente recapito:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, di aver preso visione del bando di concorso in oggetto e di accettare le relative clausole.

Autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento U.E. n. 679 del 2016.

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. copia del documento di identità in corso di validità

2. Autocertificazione copia conforme all’originale (Art. 47 DPR n. 445/2000) (Allegato B)

# Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­

# Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_