

**Allegato A**

Spett.le  
Aspes S.p.A.  
Via Mameli, 15  
61121 Pesaro

Io Sottoscritto/a .....

Nato/a..... il .....

Residente a ..... CAP..... Prov. ....

Via..... n. .... Telefono.....

e-mail..... P.E.C. ....

Chiedo di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per la formazione di una graduatoria di Farmacisti Collaboratori, cui attingere per eventuali assunzioni per incarichi/sostituzioni a tempo determinato/indeterminato con rapporto di lavoro di cui all'Avviso di selezione e di accettare senza riserve tutte le norme e le clausole della presente selezione.

Con la presente domanda dichiaro sotto la mia 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 di:

1. di essere cittadino appartenente alla categoria indicata al paragrafo 1.1 dell'Avviso;
2. di essere in possesso della laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche con la votazione di \_\_\_\_\_ e della relativa abilitazione all'esercizio della professione;
3. di essere iscritto all'Albo dei farmacisti di \_\_\_\_\_;
4. di essere in possesso di patente di guida cat. B;
5. di non essere escluso dall'elettorato politico attivo, né essere stato destituito o dispensato, ovvero essere stato dichiarato decaduto, dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
6. di non trovarmi in alcuna delle condizioni che, ai sensi della normativa vigente, impediscono la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni e ogni altro aspetto che, ai sensi di legge, possa costituire incompatibilità e/o divieto di assumere il ruolo di farmacista collaboratore;
7. Essere in regola con gli obblighi vaccinali sars-cov-2;
8. Essere / non essere in possesso dell'attestato corso vaccinatore (sottolineare la frase idonea).

Allego alla domanda di partecipazione i seguenti documenti:

1. fotocopia carta di identità (o altro documento di riconoscimento);
2. autocertificazione esperienza lavorativa (Allegato B).

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_