

Azienda Speciale Agordo Servizi
Via Insurrezione 18/C
32021 Agordo BL

Il/La
sottoscritt....(cognome).....(nome).....
.....
Codice Fiscalenato/a a.....
prov.
ilresidente a prov.
in Via n....., c.a.p.
tel. cittadinanza.....
e-mail..... PEC.....

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per la copertura di n. 1 posto a tempo determinato e pieno (40 ore settimanali) nel profilo di FARMACISTA COLLABORATORE, 1° livello CCNL per i dipendenti delle imprese gestite o partecipate dagli enti locali, esercenti farmacia, parafarmacie, magazzini farmaceutici all'ingrosso, laboratori farmaceutici.

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di avere preso visione del bando di selezione, di accettarne le condizioni e di essere in possesso dei requisiti indicati nell'art. 3 del medesimo;
- di non aver riportato condanne penali (se si, indicare quali);
- di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____
- di non essere stato licenziato, dispensato e/o destituito dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- per i maschi nati entro il 1985, indicare la posizione nei riguardi degli obblighi militari:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio
....., conseguito presso
..... nell'a.....
- di essere iscritto all'albo dell'ordine dei farmacisti;
- di essere in possesso delle patenti di guida cat B;
- di essere fisicamente idoneo al servizio;
- di accettare le regole previste dal bando di selezione in oggetto;
- di essere a conoscenza di quanto previsto dal bando in tema di diario e sede delle prove d'esame;

Chiede che ogni comunicazione relativa al concorso venga inviata al seguente indirizzo (anche mail o PEC):

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DELL'INTERESSATO

I dati personali contenuti nel presente modulo saranno usati da questa Azienda speciale (Titolare) esclusivamente per lo svolgimento del procedimento concorsuale. Il conferimento dei dati è obbligatorio, perché connesso alla gestione del procedimento stesso e alla verifica dei requisiti di legge; in assenza del conferimento dei dati non sarebbe possibile dar corso alla richiesta.

I dati rimarranno nei nostri archivi per il tempo previsto dalle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Lei può contattare in ogni momento l'Azienda speciale, anche usando il recapito postale specificato sopra, oppure con email farmaciacom.agordo@gmail.com o (pec) 04315@pec.federfarma.it per verificare i dati che la riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge. Se ricorrono i presupposti, può proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.

Il Responsabile della protezione dati può essere contattato utilizzando i recapiti indicati sopra specificando nell'oggetto: "Al responsabile della protezione dei dati". I dati conferiti potranno essere comunicati ad altri soggetti che collaborano con questa Azienda per l'espletamento del concorso. Per averne l'elenco aggiornato può fare richiesta utilizzando i recapiti indicati.

Allegati:

- **Fotocopia del documento d'identità**
- **Curriculum formativo e professionale**
- _____

Data _____

Firma