

Al Comune di Monfalcone
Piazza della Repubblica n. 8
34074 MONFALCONE

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione pubblica per colloquio per il conferimento di incarico professionale (con Partita I.v.a.) di farmacista collaboratore presso la farmacia comunale n. 2 del Comune di Monfalcone, per esigenze straordinarie di servizio, (Area Finanziaria – U.O. Farmacie). Presentazione curriculum. (ALLEGARE FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA').

Il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, cittadino italiano o di altro Stato membro dell'UE _____ residente a _____, in via _____ Cod. Fisc. _____ telefono _____ E_mail _____ (indicazione obbligatoria per comunicazioni inerenti l'avviso di selezione), consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, previste dall'art. 76 del T.U. 445/2000 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace

**nel presentare istanza di partecipazione alla selezione in oggetto
ai sensi e per gli effetti del T.U. 445/2000, in particolare artt. 46, 47 e 48,**

dichiara

- di non aver riportato condanne che comportino l'impossibilità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;

**- l'insussistenza di carichi penali pendenti;
ovvero**

- l'insussistenza di motivi di incompatibilità previsti dalla legge antimafia;

- l'insussistenza di motivi di incompatibilità legati ad interesse di qualsiasi natura con riferimento all'oggetto dell'incarico;

- di non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero di non essere stati dichiarati decaduti da un impiego statale, ai sensi dell'art. 127, primo comma, lettera d) del T.U. approvato con D.P.R. 10/01/1957, n. 3 (art. 2, comma 3, del D.P.R. 487/1994;

Di essere in possesso dei **REQUISITI RICHIESTI PER LA PARTECIPAZIONE** alla selezione di cui all'oggetto ed in particolare :

LAUREA : _____ (specificare il tipo di laurea conseguita)
Abilitazione professionale <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/>
Iscrizione all'Albo professionale dei _____ della Provincia di _____ Numero: _____ di data: _____

TITOLI

TITOLO DI STUDIO
TITOLO DI STUDIO _____ Votazione _____ / _____
Data _____ presso _____
Per i titoli conseguiti all'estero: Equipollente <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> Ai sensi della seguente normativa: _____ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

CURRICULUM (allegato e firmato):

Il candidato elenca nel curriculum tutti i titoli e le esperienze professionali, le conoscenze particolari non indicate nei punti precedenti che a suo parere sono attinenti al profilo professionale oggetto della presente selezione e dimostrano l'attitudine alla copertura del relativo ruolo.

Il curriculum allegato alla domanda , qualora non sottoscritto, sarà considerato come non prodotto.

La presente domanda è presentata per l'ammissione e la formazione della graduatoria in merito all'attività da svolgere presso la farmacia comunale n. 2.

Alla presente deve essere allegata fotocopia non autenticata di documento di riconoscimento (art. 2 commi 10 e 11 L.191/98 e Circolare Miacel 2/2/1999, n. 2).

I dati dichiarati con la presente certificazione potranno essere assoggettati a verifica. Si ricorda che le dichiarazioni mendaci sono punite dalla legge ai sensi del codice penale. Inoltre, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

IL DICHIARANTE

_____, lì _____