

**ALLA DIREZIONE AZIENDALE DI MONTECATONE R.I. Spa**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome

Nome

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cittadinanza

indirizzo e-mail personale

indirizzo e-mail posta certificata

Telefono cellulare

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A** AL BANDO DI SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E PROVE DI ESAME, PER LA COPERTURA DEFINITIVA DI N. 1 (UN) POSTO IN RUOLO DEL PROFILO FARMACISTA OSPEDALIERO prot. 2025/2242 pubblicato il 1/12/2025 e **scadente il 16/12/2025 ore 12:00.**

**CONSAPEVOLE** che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del **D.P.R.445 del 28.12.2000** e accertati dall'Azienda in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, **a tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

Per i cittadini italiani:

☐ di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di

\_\_\_\_\_  
(indicare il Comune)

☐ di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
(indicare il motivo della non iscrizione)

Per i cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana dovranno dichiarare:

☐ di NON AVERE a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto;

☐ di AVERE adeguata conoscenza della lingua italiana.

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ dichiara inoltre sotto la propria responsabilità:**

☐ di NON AVERE riportato condanne penale, o

☐ di AVERE RIPORTATO le seguenti condanne penali:

\_\_\_\_\_  
*(indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)*

☐ di ESSERE in possesso del seguente titolo richiesto per l'ammissione:

\_\_\_\_\_  
Conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

☐ di essere in possesso della specializzazione in Farmacia Ospedaliera

Conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

☐ di ESSERE iscritto al seguente ORDINE PROFESSIONALE \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

PROVINCIA DI \_\_\_\_\_

☐ di ESSERE in possesso della piena ed incondizionata idoneità fisica specifica alle mansioni del profilo professionale a selezione;

☐ di NON AVERE subito provvedimenti di interdizione dai pubblici uffici nonché destituzione da precedenti rapporti di pubblico impiego;

☐ di NON AVERE subito licenziamenti a seguito di procedimenti disciplinari presso Montecatone Rehabilitation Institute SpA o Pubbliche Amministrazioni;

☐ di AVERE DIRITTO alla preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 comma 3 punto 4) DPR 487/94 e s.m.i) per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
*(allegare la documentazione probatoria);*

☐ di AVERE DIRITTO all'utilizzo di ausili o di tempi aggiuntivi ai sensi della Legge n. 104/1992 per l'espletamento delle prove per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
*(specificare ed allegare la documentazione probatoria);*

Il/la sottoscritto/a presenta:

- sotto forma di autocertificazione un curriculum formativo e professionale datato e firmato,
- fotocopia della carta d'identità

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- L'elenco degli ammessi sarà pubblicato sul Sito di Montecatone RI Spa, **entro il 17/12/2025** con eventuali ulteriori specifiche ed indicazioni utili ai partecipanti quali: calendario e sede delle prove e relative modalità di accesso.

Si specifica che tale pubblicazione avrà valore di notifica a tutti gli effetti, non saranno quindi effettuate convocazioni individuali. La mancata presentazione del candidato alle prove d'esame nelle date ed agli orari fissati equivale a rinuncia. La presentazione in ritardo, ancorché dovuta a causa di forza maggiore, comporta l'irrevocabile esclusione dal concorso. Alle prove di esame i candidati debbono presentarsi muniti di documento valido di identità personale non scaduto di validità.

Data

Firma

---

*(Firma in originale – La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura)*