**ELENCO DI OPERATORI SELEZIONATI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI SERVIZIO IN FARMACIA**

**MOD 1 - Domanda di iscrizione**

**SEZIONE 1 –** **OPERATORI DEI SERVIZI DI FARMACIA**

**SEZIONE 3 – OPERATORI DEI SERVIZI SOCIALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( c.a.p.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente Impresa decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

* Di voler entrare a far parte dell’’Elenco dei Collaboratori Selezionati di FARMACAP

[ ] ***OPERATORI DEI SERVIZI DI FARMACIA***

 [ ] INFERMIERI

 [ ] OSTEOPATI

 [ ] FISIOTERAPISTI

 [ ] OPERATORI DI INTERESSE SANITARIO

 [ ] OPERATORI DEL BENESSERE / ESTETISTI

 [ ] BIOLOGI NUTRIZIONISTI O NUTRIZIONISTI

[ ] ***OPERATORI DEI SERVIZI SOCIALI***

 [ ] MEDIATORI CULTURALI

 [ ] EDUCATORI PROFESSIONALI

 [ ] ANIMATORI SOCIO-EDUCATIVI

 [ ] PSICOLOGI

 [ ] ASSISTENTI SOCIALI

* Di essere cittadino italiano o di un paese dell'Unione Europea
* Di avere età non inferiore a 18 anni
* Di godere dei diritti civili e politici
* Di non aver avuto condanne, anche non passate in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale
* Di non essere oggetto di provvedimenti interdittivi dai pubblici uffici
* Di non essere stato destituito o dichiarato decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione
* Di non essere in posizione di incompatibilità ad affidamento di incarichi da parte della Pubblica Amministrazione secondo la normativa vigente
* Di non avere contenziosi pendenti con il Comune di Roma o con l’FARMACAP, infine, con altre partecipate del Comune di Roma

[ ] Di essere dipendente pubblico

[ ] Di essere dipendente privato

[ ] Di essere un lavoratore autonomo che esercita abitualmente in un diverso settore da quello del presente avviso

[ ] Di essere un lavoratore autonomo che esercita abitualmente nel medesimo settore rispetto a quello del presente avviso con la P.IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici:

Si allegano:

* + - * Copia del documento di identità
			* Curriculum professionale
			* Documenti e attestati comprovanti il possesso dei requisiti specifici

Luogo e data Firma

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

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Luogo e data Firma

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