

- di essere in possesso dell'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei farmacisti della Provincia di _____ in data _____ al n. _____;
- di avere il godimento dei diritti civili e politici;
- di essere in regola nei riguardi degli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile nati prima del 31/12/1985);
- di non essere stato/a in precedenza licenziato/a da società del Gruppo AMAGA S.p.A.;
- di non aver riportato condanne penali, di non essere in stato di interdizione e di non avere in corso provvedimenti di prevenzione o di sicurezza;
- di accettare, senza riserva alcuna, i termini e le condizioni dell'avviso di selezione in oggetto;
- di accettare e sottoscrivere l'informativa relativa al trattamento dei dati personali da parte di AMAGA S.p.A, ai sensi dell'articolo 13, Regolamento UE n.679/2016 allegandola alla presente domanda.
- di individuare quale recapito per tutte le comunicazioni attinenti alla selezione in oggetto il seguente indirizzo:

(città) _____ (prov. _____)

Via _____ n° _____ CAP _____

tel _____ e-mail _____

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare per iscritto eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato; esonera, inoltre, AMAGA S.p.A. da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Allega alla presente domanda (tutti i documenti devono essere in corso di validità):

- ricevuta attestante il pagamento della tassa di concorso;
- curriculum professionale debitamente datato e sottoscritto
- fotocopia della carta d'identità o di altro documento di riconoscimento;
- copia della patente di guida categoria "A" o "B";
- copia della documentazione attestante la regolarità sull'immigrazione – *solo per candidati provenienti da Paesi non appartenenti alla U.E.*;
- se iscritto alle liste di cui alla Legge n. 68/1999, copia della documentazione attestante l'iscrizione.

_____, li _____

Il/La Dichiarante
