

Cognome _____ Nome _____

DOMANDA di ammissione alla selezione (da redigersi in carta semplice)

NOTE PER LA COMPILAZIONE: integrare il presente modulo in tutte le sue parti in stampatello o a macchina; barrare le caselle di interesse, sottoscrivere ed allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento.

- Spett.le
AZIENDA SPECIALE FARMACIE COMUNALI
RIUNITE
VIA DOBERDO' 9
42122 REGGIO EMILIA RE

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ (____) il _____
(gg/mm/aa)

residente nel Comune di _____ (____)

in Via _____ n. _____

Cap _____ tel. _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail PEC: _____

Indirizzo e-mail non certificata _____

Codice Fiscale _____ Stato civile _____

In possesso di patente di guida: SI tipo _____ NO

Conoscenza gestionale **FarmaTre**: Buona Sufficiente Scarsa/nulla

Conoscenza gestionale **FarmaCup**: Buona Sufficiente Scarsa/nulla

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per l'assunzione di n° 1 farmacista collaboratore livello 1° (rif. FCR-2016-FARMACIE) con contratto a tempo indeterminato per le Farmacie gestite e convenzionate dall'Azienda.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

1. *Cittadinanza:*

- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (specificare quale _____) e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- di essere cittadino extra U.E. (specificare _____) in possesso di permesso di soggiorno per lavoro subordinato in corso di validità o carta di soggiorno e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- (allega copia del permesso / carta di soggiorno)**

2. *Liste elettorali:*

- di essere iscritto alle liste elettorali e nel godimento dei diritti civili;
- di non essere iscritto alle liste elettorali per i seguenti motivi (indicare quali _____);

3. *Condanne e procedimenti penali:*

- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di avere riportato condanne penali passate in giudicato per le seguenti fattispecie di reato _____;
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
- _____;

4. *Laurea:*

- di aver conseguito la laurea in:
- Farmacia;
- Chimica e Tecnologia Farmaceutica presso l'Università di _____
- in data _____ con la votazione (dato utile ai fini della valutazione dei titoli) _____;

5. *Abilitazione:*

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista nell'anno _____ presso l'Università di _____

6. *Iscrizione all'Albo professionale dei Farmacisti:*

- di essere iscritto all'Albo della provincia di _____
- dal ____/____/____ n. _____;

7. *Idoneità fisica :*

- di avere idoneità fisica senza alcuna limitazione alla mansione di farmacista collaboratore anche con espresso riferimento alle prestazioni di lavoro notturno.

8. *Obbligo di formazione continua ECM :*

- di aver ottemperato all'obbligo di formazione continua ECM .

DICHIARA INOLTRE

Cognome _____ Nome _____

- che tutte le dichiarazioni rese sono documentabili.
- di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso di selezione e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura di selezione e degli adempimenti conseguenti;
- di avere preso visione, in particolare, dell'avvertenza contenuta nell'avviso che la **data, ora** e la **sede** del colloquio orale saranno comunicate direttamente ai candidati con preavviso non inferiore a giorni 4 (quattro) di calendario.

SI ALLEGA

- Curriculum vitae personale in forma libera
- Fotocopia del documento di riconoscimento _____ n. _____
(indicare il tipo)
rilasciato il _____ da _____
e in corso di validità.
- Fotocopia permesso di soggiorno / carta di soggiorno (solo cittadini extra U.E.)

SI CHIEDE

che ogni comunicazione relativa alla selezione in oggetto venga inviata al seguente indirizzo, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con Raccomandata AR:

da compilare SEMPRE:

Comune di _____ (____)

Via _____ n. _____

Cap _____ tel. _____

Indirizzo e-mail PEC _____

ACCETTA ESPRESSAMENTE

di ricevere le comunicazioni inerenti la selezione in oggetto a mezzo: posta elettronica certificata, raccomandata o telegramma agli indirizzi sopra indicati (la modalità sarà di volta in volta individuata da FCR secondo le necessità).

Luogo e data _____

Firma

(autenticata ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000
mediante produzione di copia fotostatica di
documento di riconoscimento)