

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 : _____

Indirizzo e-mail certificata _____

Codice Fiscale _____ Stato civile _____

In possesso di patente di guida: SI tipo _____ NO

Conoscenza sistema AS/400: Buona Sufficiente Scarsa/nulla

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per **l'assunzione di n° 1 addetto/o al magazzino distribuzione all'ingrosso prodotti farmaceutici** part time 25 ore settimanali, appartenente alle categorie protette ex art. 1 L. 68/99 al 5° livello (**rif. FCR-2026-MAGCP**) con contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti.

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. Titolo di studio :

di aver conseguito il seguente titolo di studio:

- (specificare) _____
presso _____
in data _____ con la votazione _____ / _____;

5. Idoneità fisica :

- di avere idoneità fisica senza alcuna limitazione alla mansione indicata (l'azienda sottoporrà il vincitore della selezione a visita medica pre-assuntiva a cura del medico competente) .

DICHIARA INOLTRE

- 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 e non saranno modificabili.

Cognome _____ Nome _____

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 _____

ACCETTA ESPRESSAMENTE

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

Luogo e data _____

Firma

PROSEGUIRE CON LA COMPILAZIONE NELLA PAGINA SUCCESSIVA

Dichiarazione Sostitutiva di possesso di TITOLI DI STUDIO ED ESPERIENZE PROFESSIONALI ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto

NOTE PER LA COMPILAZIONE: la dichiarazione dovrà essere redatta in modo esaustivo per poter consentire l'esatta valutazione dei titoli; ogni informazione non chiara o incompleta non sarà tenuta in considerazione al fine della determinazione del punteggio complessivo. Pertanto, si prega di compilare il presente modulo in tutte le sue parti in stampatello o a macchina; barrare le caselle di interesse e sottoscrivere.

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

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

con residenza anagrafica nel Comune di _____ (____)

in Via _____ n. _____ Cap _____

con riferimento alla domanda di partecipazione alla selezione per l'assunzione di **n° 1 magazziniere (rif. FCR-2026-MAGCP)** part time 25 ore settimanali appartenente alle categorie protette ex art. 1 L. 68/99 con contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti, 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. in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver preso visione dell'avviso di selezione FCR-2026-MAG CP;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e di carriera (in caso di spazio insufficiente procedere effettuando il numero necessario di copie delle pagine predisposte oppure allegare dichiarazione integrativa, dattiloscritta o in stampatello e sottoscritta):

Diploma in _____ conseguita presso _____ il _____;
 con il seguente voto finale: _____ / _____

ulteriore specializzazione in _____ conseguita presso _____ il _____;
 ore di frequenza totali n° _____
 con il seguente voto finale: _____ / _____ (se previsto)

Esperienze professionali / titoli di servizio successivi al 1° dicembre 2021 (è obbligatorio indicare l'esatta ragione sociale del datore di lavoro):

1. Datore di lavoro _____

Cognome _____ Nome _____

Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: magazzino commerciale ingrosso/dettaglio
 magazzino commerciale distribuzione farmaci

2. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: magazzino commerciale ingrosso/dettaglio
 magazzino commerciale distribuzione farmaci

3. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: magazzino commerciale ingrosso/dettaglio
 magazzino commerciale distribuzione farmaci

4. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: magazzino commerciale ingrosso/dettaglio
 magazzino commerciale distribuzione farmaci

5. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: magazzino commerciale ingrosso/dettaglio
 magazzino commerciale distribuzione farmaci

6. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: magazzino commerciale ingrosso/dettaglio
 magazzino commerciale distribuzione farmaci

Esperienze professionali / titoli di servizio presso FCR

1. Datore di lavoro _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____

Pari a mesi interi _____

Dichiaro trattasi di: magazzino commerciale ingrosso/dettaglio
 magazzino commerciale distribuzione farmaci

2. Datore di lavoro _____

Città _____ Indirizzo _____

Mansione _____ livello di inquadramento _____

Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____

Pari a mesi interi _____

Dichiaro trattasi di: magazzino commerciale ingrosso/dettaglio
 magazzino commerciale distribuzione farmaci

3. Datore di lavoro _____

Città _____ Indirizzo _____

Mansione _____ livello di inquadramento _____

Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____

Pari a mesi interi _____

Dichiaro trattasi di: magazzino commerciale ingrosso/dettaglio
 magazzino commerciale distribuzione farmaci

Corsi di formazione in area logistica-magazzino (saranno ritenuti validi unicamente i corsi con frequenza superiore alle 80 ore):

1. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

Dichiaro di: aver superato l'esame finale
 non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

2. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

Dichiaro di: aver superato l'esame finale
 non aver superato l'esame finale
 esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

3. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____

Dichiaro di: aver superato l'esame finale

Cognome _____ Nome _____

- non aver superato l'esame finale
- esame finale non previsto

Attestato di frequenza: allegato non allegato

(In caso di spazio insufficiente per i corsi di aggiornamento procedere effettuando il numero necessario di copie della presente pagina e numerare i corsi progressivamente)

- Il presente allegato B è composto da n. _____ pagine.

Luogo e data _____

Firma
