

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 pacchetto MS-Office: Buona  Sufficiente  Scarsa/nulla

Conoscenza sistema AS/400: Buona  Sufficiente  Scarsa/nulla

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per **l'assunzione di n° 1 addetto/a al magazzino distribuzione all'ingrosso prodotti farmaceutici (rif. FCR-2014-IMAG)** con contratto a tempo indeterminato.

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 (requisito minimo: diploma di scuola media superiore):*

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.

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 o PEC \_\_\_\_\_

### 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**

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