

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 Wingsfar: 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° 3 farmacisti collaboratori livello 1° (rif. FCR-2019-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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

### 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

- 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 (in nessun caso modificabili) 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 \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

### 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)

**PROSEGUIRE CON LA COMPILAZIONE ALLE PAGINE SEGUENTI**

**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 integrare 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° 3 farmacisti collaboratori livello 1° (rif. FCR-2019-FARMACIA) con contratto a tempo indeterminato per le Farmacie gestite e convenzionate dall'Azienda, 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-2019-FARMACIA;
- 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):

**altra Laurea** in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

- laurea del vecchio ordinamento
- laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

**altra Laurea** in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

- laurea del vecchio ordinamento
- laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

**Specializzazioni universitarie o borse di studio o di ricerca** relative alla facoltà di Farmacia o Chimica e Tecnologia Farmaceutiche, erogate ai sensi o dell'art. 80 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, o dell'art. 8 della legge 30 novembre 1989, n. 398:

1. Materia \_\_\_\_\_  
Presso l'Università di \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Facoltà di \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_

2. Materia \_\_\_\_\_  
Presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Facoltà di \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_

**Esperienze professionali / titoli di servizio successivi al 1° gennaio 2017:**

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)  
specificare \_\_\_\_\_

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)  
specificare \_\_\_\_\_

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)  
specificare \_\_\_\_\_

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)  
specificare \_\_\_\_\_

... Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_ livello di inquadramento \_\_\_\_\_  
Dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Pari a mesi interi \_\_\_\_\_  
Dichiaro trattasi di:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)  
specificare \_\_\_\_\_

... Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_ livello di inquadramento \_\_\_\_\_  
Dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Pari a mesi interi \_\_\_\_\_  
Dichiaro trattasi di:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)  
specificare \_\_\_\_\_

... Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_ livello di inquadramento \_\_\_\_\_  
Dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Pari a mesi interi \_\_\_\_\_  
Dichiaro trattasi di:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)  
specificare \_\_\_\_\_

... Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_ livello di inquadramento \_\_\_\_\_  
Dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Pari a mesi interi \_\_\_\_\_  
Dichiaro trattasi di:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria)  
specificare \_\_\_\_\_

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

**Corsi di aggiornamento:**

1. Titolo \_\_\_\_\_

Organizzato da \_\_\_\_\_

Nei giorni/periodo \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

4. Titolo \_\_\_\_\_

Organizzato da \_\_\_\_\_

Nei giorni/periodo \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

5. Titolo \_\_\_\_\_

Organizzato da \_\_\_\_\_

Nei giorni/periodo \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato



Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

.... Titolo \_\_\_\_\_

Organizzato da \_\_\_\_\_

Nei giorni/periodo \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

.... Titolo \_\_\_\_\_

Organizzato da \_\_\_\_\_

Nei giorni/periodo \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

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

Attestato di frequenza:  allegato  non allegato

.... Titolo \_\_\_\_\_

Organizzato da \_\_\_\_\_

Nei giorni/periodo \_\_\_\_\_

Per un totale di ore \_\_\_\_\_ Crediti ECM n° \_\_\_\_\_

Dichiaro di:  aver superato l'esame finale  
 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**

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