

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

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° 2 (due) farmacisti collaboratori al 1° livello (rif. FCR-2023-FAR) con contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti 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° 2 (due) farmacisti collaboratori al 1° livello** (rif. FCR-2023-FAR3) 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-2022-FARMACIE;
- 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 _____

Facoltà di _____

Periodo _____

2. Materia _____

Presso l'Università di _____

Cognome _____ Nome _____

Facoltà di _____
Periodo _____

Esperienze professionali / titoli di servizio **successivi al 1° luglio 2021:**

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

Dichiaro trattarsi 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 trattarsi 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 trattarsi 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 trattarsi 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 _____

Cognome _____ Nome _____

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

.... Titolo _____

Organizzato da _____
Nei giorni/periodo _____
Per un totale di ore _____ Crediti ECM n° _____

Cognome _____ Nome _____

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 A 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)**