

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 ; barrare le caselle di interesse

- 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: Avanzata Base Scarsa/nulla

Conoscenza sistema AS/400: oltre 2 anni 1-2 anni Scarsa/nulla

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per **l'assunzione di n° 1 impiegato/a commerciale addetto/a al servizio clienti (rif. FCR-2020-OSP)** 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:**

Cognome _____ Nome _____

- 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.

SI ALLEGA (**DOCUMENTI DA CARICARE SUL SITO**)

- Curriculum vitae personale in forma libera
- Fotocopia del documento di riconoscimento

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:

Cognome _____ Nome _____

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 _____

PROSEGUIRE CON LA COMPILAZIONE ALLE PAGINE SEGUENTI

Cognome _____ Nome _____

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 e di barrare le caselle di interesse

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 impiegato/a commerciale addetto/a al servizio clienti (rif. FCR-2020-OSP)** con contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti presso Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite, 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-2020-OSP**;
- 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):

di aver conseguito il seguente titolo di studio: (specificare) _____
conseguito 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° gennaio 2018 (è obbligatorio indicare l'esatta ragione sociale del datore di lavoro):

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: ○ serv.commerciale/clienti az. farmaceutica
○ serv.commerciale/clienti az. distribuzione
○ serv.commerciale/clienti az. manifatturiera/altro

Cognome _____ Nome _____

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: serv.commerciale/clienti az. farmaceutica
 serv.commerciale/clienti az. distribuzione
 serv.commerciale/clienti az. manifatturiera/altro

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: serv.commerciale/clienti az. farmaceutica
 serv.commerciale/clienti az. distribuzione
 serv.commerciale/clienti az. manifatturiera/altro

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: serv.commerciale/clienti az. farmaceutica
 serv.commerciale/clienti az. distribuzione
 serv.commerciale/clienti az. manifatturiera/altro

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: serv.commerciale/clienti az. farmaceutica
 serv.commerciale/clienti az. distribuzione
 serv.commerciale/clienti az. manifatturiera/altro

Corsi di formazione-specializzazione in area commerciale-clienti dal 1° gennaio 2018 (citare unicamente quelli con durata superiore alla giornata intera)

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

Cognome _____ Nome _____

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

3. 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

(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)

.Luogo e data _____