

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 amministrativo addetto/a al ciclo contabile passivo (rif. FCR-2017-AMM)** 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:*

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 _____ (____)
<b>Via</b> _____ <b>n.</b> _____
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 amministrativo addetto/a al ciclo contabile passivo (rif. FCR-2017-AMM)** con contratto a tempo indeterminato 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-2017-AMM**;
- 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 2012 (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 trattarsi di: ○ azienda con fatturato annuo superiore a 5 mln Euro  
○ studio commercialisti  
○ associazione categoria \_\_\_\_\_

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:  azienda con fatturato annuo superiore a 5 mln Euro  
 studio commercialisti  
 associazione categoria \_\_\_\_\_

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:  azienda con fatturato annuo superiore a 5 mln Euro  
 studio commercialisti  
 associazione categoria \_\_\_\_\_

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:  azienda con fatturato annuo superiore a 5 mln Euro  
 studio commercialisti  
 associazione categoria \_\_\_\_\_

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:  azienda con fatturato annuo superiore a 5 mln Euro  
 studio commercialisti  
 associazione categoria \_\_\_\_\_

**Corsi di formazione-specializzazione in area contabile successivi al 1° gennaio 2013 (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 \_\_\_\_\_