

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 **S.F.E.R.A.S.R.L.**
Via della Senerina, 1/A
40026 Imola BO

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 WINGESFAR: Buona Sufficiente Scarsa/nulla

Conoscenza gestionale CUP : Buona Sufficiente Scarsa/nulla

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per l'assunzione di n° 4 farmacista collaboratore livello 1° con contratto a tempo indeterminato per le Farmacie gestite e convenzionate dalla Società.

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

Cognome _____ Nome _____

A. 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)

B. 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 _____);

C. 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 _____;

D. Decadimento da un impiego pubblico:

- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero decaduto.
- di essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero non decaduto.

E. Idoneità fisica :

- di avere idoneità fisica senza alcuna limitazione alla mansione di farmacista collaboratore anche con espresso riferimento alle prestazioni di lavoro notturno.

F. 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) _____;

Abilitazione:

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista nell'anno _____ presso l'Università di _____

G. Iscrizione all'Albo professionale dei Farmacisti:

- di essere iscritto all'Albo della provincia di _____ dal ____/____/____ n. _____;

Cognome _____ Nome _____

H. Contratto di lavoro (da compilare per ogni singolo contratto)

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso farmacia comunale Tot giorni _____
 non comunale Tot giorni _____
Presso parafarmacia corner Tot giorni _____
 privata Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso farmacia comunale Tot giorni _____
 non comunale Tot giorni _____
Presso parafarmacia corner Tot giorni _____
 privata Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso farmacia comunale Tot giorni _____
 non comunale Tot giorni _____
Presso parafarmacia corner Tot giorni _____
 privata Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso farmacia comunale Tot giorni _____
 non comunale Tot giorni _____
Presso parafarmacia corner Tot giorni _____
 privata Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso farmacia comunale Tot giorni _____

Cognome _____ Nome _____

Presso parafarmacia non comunale Tot giorni _____
 corner Tot giorni _____
 privata Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso farmacia comunale Tot giorni _____
 non comunale Tot giorni _____
Presso parafarmacia corner Tot giorni _____
 privata Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso farmacia comunale Tot giorni _____
 non comunale Tot giorni _____
Presso parafarmacia corner Tot giorni _____
 privata Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso farmacia comunale Tot giorni _____
 non comunale Tot giorni _____
Presso parafarmacia corner Tot giorni _____
 privata Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso farmacia comunale Tot giorni _____
 non comunale Tot giorni _____
Presso parafarmacia corner Tot giorni _____
 privata Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

Cognome _____ Nome _____

Dal _____ al _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa)

Presso	<input type="checkbox"/>	farmacia	<input type="checkbox"/>	comunale	Tot giorni _____
			<input type="checkbox"/>	non comunale	Tot giorni _____
Presso	<input type="checkbox"/>	parafarmacia	<input type="checkbox"/>	corner	Tot giorni _____
			<input type="checkbox"/>	privata	Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____
Mansione svolta direttore di farmacia farmacista tirocinio post laurea quale farmacista
Tipo di contratto _____

I. *Obbligo di formazione continua ECM: **(allegare attestati)***

di aver ottemperato all'obbligo di formazione continua ECM .

Crediti ECM acquisiti per anno

2016 n. crediti _____

2017 n. crediti _____

2018 n. crediti _____

2019 n. crediti _____

2020 n. crediti _____

2021 n. crediti _____

J. *Indirizzo e-mail PEC attivo*

K. *Conoscenze:*

erboristeria	Buona <input type="checkbox"/>	Sufficiente <input type="checkbox"/>	Scarsa/nulla <input type="checkbox"/>
omeopatia	Buona <input type="checkbox"/>	Sufficiente <input type="checkbox"/>	Scarsa/nulla <input type="checkbox"/>
dermocosmesi	Buona <input type="checkbox"/>	Sufficiente <input type="checkbox"/>	Scarsa/nulla <input type="checkbox"/>

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 3 (tre) di calendario.

SI ALLEGA

- Curriculum vitae personale in forma libera
- Fotocopia del documento di riconoscimento _____ n. _____
(indicare il tipo)

Cognome _____ Nome _____

rilasciato il _____ da _____

e in corso di validità.

- Fotocopia permesso di soggiorno / carta di soggiorno (solo cittadini extra U.E.)
- Attestati ECM
- Allegato B – consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

SI CHIEDE

che ogni comunicazione relativa alla selezione in oggetto venga inviata al seguente indirizzo, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato con e-mail PEC:

da compilare SEMPRE:

tel. _____

Indirizzo e-mail PEC _____

ACCETTA ESPRESSAMENTE

di ricevere le comunicazioni inerenti alla selezione in oggetto a mezzo: posta elettronica certificata, all'indirizzo sopra indicato (la modalità sarà di volta in volta individuata da S.F.E.R.A. secondo le necessità).

Alla domanda di partecipazione il candidato dovrà allegare esplicita dichiarazione firmata (FAC-SIMILE allegato), di consenso all'utilizzo dei dati personali forniti alla società S.F.E.R.A. Srl per la partecipazione alla selezione, compresa la pubblicazione della graduatoria sul sito internet.

Luogo e data _____

Firma

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