

S.F.E.R.A. S.R.L.

Avviso di selezione pubblica per l'assunzione a tempo PIENO e indeterminato a tutele crescenti di n. 4 farmacista collaboratore

E' indetta una selezione per l'assunzione di N.4 **Farmacista Collaboratore, livello 1°**.

Il livello fa riferimento al vigente "C.C.N.L. per i dipendenti di aziende farmaceutiche speciali".

Contenuti del documento:

- 1 Le farmacie comunali S.F.E.R.A. S.R.L.;
- 2 profilo professionale della posizione;
- 3 requisiti per l'ammissione alla selezione;
- 4 presentazione delle domande;
- 5 valutazione dei candidati;
- 6 contratto di riferimento;
- 7 assunzione del personale;
- 8 trattamento dei dati personali;
- 9 informazioni varie.

1. L'Azienda

S.F.E.R.A.S.R.L.

Via della Senerina, 1/A - 40026 Imola (BO)

tel. 0542 27495 fax 0542 28204

gestisce 20 farmacie comunali dislocate in provincia di Bologna (13) e in provincia di Ravenna (7), i cui dettagli (denominazione, indirizzo, orario di apertura ecc.) sono disponibili sul sito aziendale

www.sferafarmacie.it

Sede centrale:

Via della Senerina, 1/A – 40026 Imola (BO)

tel. 0542 27495 fax 0542 28204

indirizzo e-mail PEC **sfera@assofarm.postecert.it**

I candidati alla presente selezione con la sottoscrizione della domanda di ammissione danno piena e completa disponibilità a prestare la loro attività presso tutte le sedi e le unità operative e/o convenzionate dell'Azienda (le cui informazioni sono disponibili sul sito aziendale sopra richiamato).

Al personale dipendente dell'Azienda è praticato il trattamento economico e normativo previsto dal "Contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti delle Aziende Farmaceutiche Speciali" nonché degli accordi sindacali aziendali in essere.

2. Profilo professionale

Le competenze di base richieste sono non solo capacità tecnico-professionali, ma anche la propensione a porsi al servizio del cliente, la predisposizione alla vendita dei prodotti farmaceutici e non farmaceutici, con un accentuato orientamento al risultato di vendita e al fatturato programmato. La capacità di lavorare in gruppo e lo spirito di iniziativa completano il profilo.

Il Farmacista collaboratore, rispondendo direttamente al Direttore di farmacia ed al Direttore Generale dell'Azienda, dovrà collaborare con essi, per il raggiungimento degli obiettivi di risultato sia economici sia di servizio ai cittadini.

Il Farmacista collaboratore sarà inserito nell'organico aziendale e nelle relative sedi secondo le esigenze di servizio e **dovrà garantire la disponibilità per la copertura degli orari di apertura e turni di guardia farmaceutica con espresso riferimento a turni domenicali/festivi e/o notturni.**

Sede di lavoro: le farmacie comunali gestite e convenzionate dall'Azienda

3. Requisiti per l'ammissione alla selezione.

Per l'ammissione alla selezione sono richiesti i seguenti requisiti minimi: (pena la non ammissione)

- A) cittadinanza italiana o di uno stato membro della Unione Europea o, in alternativa, cittadinanza extracomunitaria abbinata a permesso di soggiorno per lavoro subordinato in

- corso di validità o carta di soggiorno;
- B) godimento dei diritti politici e civili relativi all'elettorato attivo;
- C) non aver riportato condanne penali, salvo riabilitazione, che comportino la destituzione o il licenziamento di diritto del personale dipendente;
- D) non possono accedere alla selezione coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero siano stati dichiarati decaduti da un impiego pubblico;
- E) idoneità fisica "piena" alla mansione inclusa quella all'espletamento di lavoro notturno.
L'Azienda ha facoltà di sottoporre a visita medica di controllo i vincitori della selezione, in base alla normativa vigente;
- F) titolo di studio: diploma di laurea in Farmacia e/o equipollente e abilitazione;
- G) essere iscritti all'albo professionale dei farmacisti;
- H) attestazione di ottemperanza dell'obbligo di formazione continua ECM, con indicazione dei crediti acquisiti per anno con allegata documentazione comprovante.
- I) **indicazione dettagliata** delle esperienze lavorative degli ultimi 5 anni (data inizio, data fine, ragione sociale del datore di lavoro, mansione svolta, tipo di contratto) **necessaria per il conteggio del punteggio**. In caso di discrepanze tra l'allegato A e il curriculum verrà preso in considerazione quanto dichiarato nell'allegato A.
- L) in **possesso di un indirizzo e-mail PEC attivo**

Costituiscono inoltre titoli preferenziali (di cui sarà tenuto conto nella valutazione complessiva della prova colloquio):

- aver maturato almeno 9 mesi, decorrenti dalla data di assunzione, di esperienza continuativa quale collaboratore di farmacia presso S.F.E.R.A. S.R.L. (livello 1° o superiore del C.C.N.L. per i dipendenti da aziende farmaceutiche speciali) o, in subordine, presso diversa farmacia comunale;
- aver maturato 12 mesi o comunque 365 giorni, se frazionati in più periodi, quale collaboratore di farmacia presso S.F.E.R.A. S.R.L. (livello 1° o superiore del C.C.N.L. per i dipendenti da aziende farmaceutiche speciali) o, in subordine, presso diversa farmacia comunale;
- aver maturato almeno 3 anni di esperienza continuativa presso farmacia privata con la mansione di farmacista collaboratore e/o Direttore di Farmacia;
- la conoscenza dell'erboristeria /omeopatia e della dermocosmesi.

In caso di attività precedentemente prestata (o in corso alla data della domanda) costituiscono inoltre titoli preferenziali:

- l'assenza di provvedimenti disciplinari pari alla multa o superiori
- l'assenza di dimissioni volontarie prima della scadenza del termine
- non aver rifiutato precedentemente un'offerta di impiego da parte di S.F.E.R.A. S.R.L. con contratto a tempo determinato.

Costituisce **requisito fondamentale** al raggiungimento della valutazione di idoneità la conoscenza e l'utilizzo di personal computer e del **programma gestionale di farmacia** Wingsfar e del sistema CUP in vigore nelle farmacie di S.F.E.R.A.

L'Azienda garantisce parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e il trattamento sul lavoro.

I requisiti debbono essere **posseduti alla data di scadenza del termine** utile per la presentazione della domanda di ammissione.

4. Presentazione delle domande.

La domanda di ammissione alla selezione redatta **esclusivamente utilizzando i fac-simili (Allegato A e B) scaricabili dal sito www.sferafarmacie.it** (o disponibili presso la sede di S.F.E.R.A. S.R.L.) in carta semplice, firmata, **corredata da curriculum vitae** con l'indicazione del percorso di studi nonché di eventuali corsi di specializzazione e formazione completati, documenti comprovanti l'obbligo di formazione continua ECM, con indicazione dei crediti acquisiti per anno. Il curriculum dovrà riportare l'**indicazione dettagliata** delle esperienze lavorative degli ultimi 5 anni (data inizio, data fine, ragione sociale del datore di lavoro, mansione svolta, tipo di contratto). La domanda di

ammissione alla selezione dovrà **pervenire** in busta chiusa, unitamente ai documenti allegati, entro le **ore 12,30 del giorno ~~07/04/2022~~ 13/01/2022**

La non completa compilazione del fac-simile comporta l'esclusione.

Il plico potrà essere consegnato a mano all'ufficio dell'Azienda presso la sede di Imola, Via della Senerina 1/A (BO) dal lunedì al giovedì con orario 9-12.30 14-17 e il venerdì con orario 8,30-12,30 oppure spedito mediante raccomandata A/R (l'Azienda declina ogni responsabilità in ordine a disguidi postali o di altra natura che impediscano il recapito del plico entro il termine predetto; verrà considerata la data di arrivo), in ogni caso dovrà riportare la seguente intestazione **"S.F.E.R.A. S.R.L. - selezione per farmacisti collaboratori 2022"** e indicare il mittente.

Ogni variazione dell'indirizzo, contenuto nella domanda di ammissione, dovrà essere tempestivamente segnalato all'Azienda per iscritto. S.F.E.R.A. è esonerata da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Il candidato dovrà, in qualsiasi momento della selezione, su richiesta di S.F.E.R.A., essere in grado di presentare la documentazione autentica comprovante quanto dichiarato nella domanda. La mendacità delle dichiarazioni e la non rispondenza tra le informazioni comunicate e la documentazione originale comportano l'esclusione dalla selezione. Qualora tale accertamento risulti successivo all'assunzione nel ruolo richiesto ed abbia esito negativo, l'Azienda procederà alla risoluzione del nuovo rapporto di lavoro intrapreso.

5. Valutazione dei candidati

Una Commissione appositamente costituita composta da n° 3 rappresentanti interni all'azienda e n° 1 rappresentante esterno all'azienda, esaminerà le domande pervenute e convocherà con un preavviso non inferiore a giorni 3 (tre) di calendario, a mezzo posta elettronica certificata i candidati per un successivo colloquio al quale dovranno presentarsi muniti di un documento di identità valido.

Saranno ritenuti implicitamente rinunciari coloro che, per qualsiasi motivo, non si presenteranno nei giorni stabiliti e trascorsi oltre 30 minuti dall'orario previsto.

Temi trattati nel colloquio:

- competenza professionale (es. dispensazione di medicinali, Fitoterapia/omeopatia, dermocosmesi etc.);
- gestione economica della farmacia (sconti, margini, costi di gestione);
- conoscenze di marketing e di merchandising;
- conoscenza dei programmi gestionali di farmacia (Wingesfar);
- comunicazione (tecniche di vendita, predisposizione al contatto con il pubblico); disponibilità/flessibilità, capacità relazioni nell'ambiente di lavoro;
- orientamento al servizio verso l'utente;
- orientamento al risultato.

Verrà inoltre valutata complessivamente l'attitudine allo svolgimento delle prestazioni richieste.

La Commissione giudicatrice composta da n° 3 rappresentanti interni all'azienda e da n° 1 esperto esterno a S.F.E.R.A. S.R.L. dispone di 40 punti così suddivisi:

10 punti per la valutazione del curriculum;

30 punti per la valutazione della prova-colloquio.

6. Contratto di riferimento.

Il rapporto di lavoro è costituito e regolato da contratti individuali secondo le disposizioni di legge, della normativa comunitaria e del C.C.N.L. per i dipendenti da aziende farmaceutiche speciali, liberamente consultabile sul sito web www.assofarm.it nonché dagli accordi integrativi aziendali.

7. Assunzione del personale.

L'assunzione definitiva del candidato selezionato è successiva al periodo di prova come disposto dal C.C.N.L. già richiamato, a condizione che sia superata con esito positivo, in conformità alle previsioni di legge al momento vigenti.

In relazione alle esigenze operative di S.F.E.R.A. S.R.L., l'inizio del rapporto di lavoro (che avverrà entro 90 giorni dalla data di pubblicazione della graduatoria) sarà comunicato all'interessato mediante lettera raccomandata o posta certificata PEC e con un preavviso non inferiore a giorni 5 (cinque) di calendario; i documenti da produrre prima che si instauri tale rapporto sono:

- 1 originale del diploma di laurea o copia autenticata dello stesso, ovvero certificazione rilasciata

- dall'Università;
- 2 certificato di abilitazione all'esercizio professionale, in originale o copia autenticata;
- 3 certificato di iscrizione all'albo professionale;
- 4 ulteriori documenti e autocertificazioni che saranno specificati nella lettera di assunzione.

I selezionati che non assumono servizio alla data indicata nella lettera saranno considerati rinunciatari.

La Società si riserva la possibilità di utilizzare la graduatoria degli idonei alla presente selezione per l'assunzione a tempo indeterminato di ulteriori unità lavorative per un termine di 6 mesi, a partire dalla pubblicazione sul sito internet della Società eventualmente prorogabile per ulteriori 6 mesi.

8. Trattamento dei dati personali.

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 679/2016 e s.m. i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la sede legale dell'Azienda per le finalità di gestione della selezione e saranno trattati, su base dati informatizzata, anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. I dati personali potranno essere trattati anche da soggetti esterni ad S.F.E.R.A. (società di selezione) soltanto per le finalità connesse alla presente selezione. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione.

9. Informazioni varie.

Sarà data pubblicità al presente avviso tramite pubblicazione sul sito web di S.F.E.R.A.S.R.L., esso sarà inoltre disponibile presso la sede dell'Azienda.

Per eventuali informazioni rivolgersi ai recapiti sopra indicati privilegiando la comunicazione a mezzo posta elettronica.

Imola, 14.12.2021
Prot. 3769

Il Direttore Generale
Dott.ssa Doriana Dall'Olio

Firmato da:Doriana Dall'olio
Data: 14/12/2021 10:34:33

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	☐ 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 _____

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 ☐	Sufficiente ☐	Scarsa/nulla ☐
omeopatia	Buona ☐	Sufficiente ☐	Scarsa/nulla ☐
dermocosmesi	Buona ☐	Sufficiente ☐	Scarsa/nulla ☐

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)

Firmato da:Doriana Dall'olio
Data: 14/12/2021 10:33:24

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

_____ , _____

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n. _____

Presta il suo consenso all'utilizzo dei dati personali, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e regolamento europeo 679/2016 forniti alla Società S.F.E.R.A. SRL per la partecipazione alla selezione pubblica per l'assunzione di n. 4 farmacisti collaboratori livello 1^ con contratto a tempo pieno e indeterminato, compresa la pubblicazione della graduatoria sul sito internet.

(firma)

Firmato da:Doriana Dall'olio
Data: 14/12/2021 10:33:59