

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 _____ (____) Cap _____

in Via _____ n. _____

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 ☐

In possesso di auto: SI ☐ NO ☐

Conoscenza gestionale WINFARM: 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° 7 farmacisti collaboratori 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:

Cognome _____ Nome _____

DICHIARA

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. Contenziosi o conflitti:

- ☐ di non avere avuto contenziosi e/o situazioni di conflitto con S.F.E.R.A SRL

F. Idoneità fisica:

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

G. 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) _____;

Cognome _____ Nome _____

Abilitazione:

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

H. Iscrizione all'Albo professionale dei Farmacisti:

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

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

- ☐ di aver ottemperato all'obbligo di formazione continua ECM.

Crediti ECM acquisiti per anno

2022 n. crediti _____

2023 n. crediti _____

2024 n. crediti _____

2025 n. crediti _____

L. Contratto di lavoro (da compilare per ogni singolo contratto ultimi 5 anni)

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

Cognome _____ Nome _____

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

Cognome _____ Nome _____

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

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

Presso ☐ farmacia ☐ comunale
☐ non comunale
Presso ☐ parafarmacia ☐ corner
☐ privata

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta ☐ direttore di farmacia ☐ farmacista

Tipo di contratto _____

[indicare se tempo pieno o part time e nel caso per quante ore/settimana]

Cognome _____ Nome _____

M. Incompatibilità:

☐ non ricadere in situazioni di incompatibilità tra cui le ipotesi indicate dall'art. 8 della L. 362/1991;

N. Indirizzo e-mail PEC attivo

Conoscenze:

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 **SPECIFICANDO TUTTE LE ESPERIENZE LAVORATIVE DEGLI ULTIMI 5 ANNI (DATA INIZIO E DATA FINE COMPRENSIVO DI GIORNO/MESE/ANNO, DATORE DI LAVORO, MANSIONE SVOLTA, TIPO DI CONTRATTO, ORE, ECC.) ED I CORSI DI FORMAZIONE FREQUENTATI INDICANDO TITOLO, DURATA, DATA DEL CORSO (ALLEGARE ATTESTATI)**
- 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.)
- Attestati ECM
- Attestati corsi di formazione frequentati
- 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 _____

Cognome _____ Nome _____

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. S.R.L. 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. S.R.L. 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)