

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
FARMACIA COMUNALE DI SPIRANO S.R.L.
LARGO EUROPA
24050 – SPIRANO (BG)

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 ☐

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla **selezione pubblica per titoli ed esami per l'assunzione a tempo pieno e indeterminato di n. 2 posti di Farmacista (di cui uno Direttore ed uno Collaboratore) CCNL Assofarm** da impiegare presso le farmacie comunali gestite o di futura gestione da parte di Farmacia Comunale di Spirano S.r.l.

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:*

- ☐ 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. *Obblighi di leva (per i candidati soggetti a tale obbligo):*

- ☐ di essere in regola rispetto alle leggi concernenti gli obblighi militari;

4. *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 _____;

_____;

5. *Provvedimenti disciplinari:*

- ☐ di non essere stato/a licenziato/a per motivi disciplinari presso Enti Locali o presso Aziende pubbliche o Private con provvedimento definitivo;
- ☐ di essere stato/a licenziato/a per motivi disciplinari presso Enti Locali o presso Aziende pubbliche o Private con provvedimento definitivo per il seguente motivo _____;

_____;

6. *Idoneità fisica:*

- ☐ di avere idoneità fisica senza alcuna limitazione alla mansione di farmacista.

7. *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) _____;

8. *Abilitazione:*

Cognome _____ Nome _____

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

9. *Iscrizione all'Ordine professionale dei Farmacisti:*

- ☐ di essere iscritto all'Ordine della provincia di _____
dal ____/____/____ al _____;

10. *Obbligo di formazione continua ECM:*

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

DICHIARA INOLTRE

- che tutte le dichiarazioni rese sono documentabili;
- di accettare senza riserve 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** (in nessun caso modificabili) saranno comunicate direttamente ai candidati con preavviso non inferiore a giorni 4 (quattro) di calendario;
- di aver preso visione sul sito istituzionale della Società (www.farcom.it) del codice etico contenente i principi comportamentali nonché quanto previsto nel piano di prevenzione della corruzione adottato ai sensi della L. 190/2012.

SI ALLEGA

- Curriculum vitae aggiornato in carta libera debitamente firmato e datato;
- 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.)

SI CHIEDE

che ogni comunicazione relativa alla selezione in oggetto venga inviata al seguente indirizzo, il cui eventuale cambiamento verrà tempestivamente segnalato all'indirizzo mail:

da compilare SEMPRE (dati partecipante):

Via _____ n. _____

Comune di _____ (____)

Cap _____ Recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail PEC _____

Cognome _____ Nome _____

ACCETTA ESPRESSAMENTE

di ricevere le comunicazioni inerenti la selezione in oggetto a mezzo: posta elettronica certificata, all' indirizzo sopra indicato.

Luogo e data _____

Firma

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

PROSEGUIRE CON LA COMPILAZIONE ALLE PAGINE SEGUENTI

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 integrare il presente modulo in tutte le sue parti in stampatello o a macchina; barrare le caselle di interesse e sottoscrivere.

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 pubblica per titoli ed esami per l'assunzione a tempo pieno e indeterminato di n. 2 posti di Farmacista - CCNL Assofarm, da impiegare presso le farmacie comunali gestite o di futura gestione da parte di Farmacia Comunale di Spirano S.r.l. 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;
- 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):

☐ **altra Laurea** in _____ conseguita presso l'Università di _____ il _____;

- ☐ laurea del vecchio ordinamento
- ☐ laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

☐ **altra Laurea** in _____ conseguita presso l'Università di _____ il _____;

- ☐ laurea del vecchio ordinamento
- ☐ laurea specialistica o magistrale del nuovo ordinamento (quinquennale)

☐ **Specializzazioni universitarie o borse di studio o di ricerca** relative alla facoltà di Farmacia o Chimica e Tecnologia Farmaceutiche, erogate ai sensi o dell'art. 80 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, o dell'art. 8 della legge 30 novembre 1989, n. 398:

1. Materia _____

Presso l'Università di _____

Facoltà di _____

Periodo _____

2. Materia _____

Presso l'Università di _____

Cognome _____ Nome _____

Facoltà di _____
Periodo _____

☐ **Esperienze professionali / titoli di servizio:**

1. Datore di lavoro/Committente _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: ☐ farmacia comunale
☐ farmacia privata
☐ altro (università, servizio ospedaliero, industria)
specificare _____
2. Datore di lavoro/Committente _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: ☐ farmacia comunale
☐ farmacia privata
☐ altro (università, servizio ospedaliero, industria)
specificare _____
3. Datore di lavoro/Committente _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: ☐ farmacia comunale
☐ farmacia privata
☐ altro (università, servizio ospedaliero, industria)
specificare _____
- ... Datore di lavoro/Committente _____
Città _____ Indirizzo _____
Mansione _____ livello di inquadramento _____
Dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
Pari a mesi interi _____
Dichiaro trattasi di: ☐ farmacia comunale
☐ farmacia privata
☐ altro (università, servizio ospedaliero, industria)
specificare _____

(In caso di spazio insufficiente per le esperienze professionali procedere effettuando il numero necessario di copie della presente pagina e numerare i corsi progressivamente)

☐ **Corsi di aggiornamento di specializzazione:**

1. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____ Crediti ECM n° _____

Dichiaro di: ☐ aver superato l'esame finale
☐ non aver superato l'esame finale
☐ esame finale non previsto

Attestato di frequenza: ☐ allegato ☐ non allegato

2. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____ Crediti ECM n° _____

Dichiaro di: ☐ aver superato l'esame finale
☐ non aver superato l'esame finale
☐ esame finale non previsto

Attestato di frequenza: ☐ allegato ☐ non allegato

3. Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____ Crediti ECM n° _____

Dichiaro di: ☐ aver superato l'esame finale
☐ non aver superato l'esame finale
☐ esame finale non previsto

Attestato di frequenza: ☐ allegato ☐ non allegato

.... Titolo _____

Organizzato da _____

Nei giorni/periodo _____

Per un totale di ore _____ Crediti ECM n° _____

Dichiaro di: ☐ aver superato l'esame finale
☐ non aver superato l'esame finale
☐ esame finale non previsto

Attestato di frequenza: ☐ allegato ☐ non allegato

(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)

- Il presente allegato A è composto da n. _____ pagine.

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data _____

Firma

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