

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  
AZIENDA SPECIALE FARMACIE COMUNALI  
SCANDIANO  
CORSO VALLISNERI, 6  
SCANDIANO

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 CGM-Wingesfar: Buona  Sufficiente  Scarsa/nulla

Conoscenza gestionale FarmaCup: Buona  Sufficiente  Scarsa/nulla

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per l'assunzione di n° 2 (due) farmacisti collaboratore al 1° livello (rif. FAR002S) con contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti per le Farmacie gestite dall'Azienda.

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**

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) **Destituzione, dispensa, decadenza dall'impiego nella P.A.**

- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento;
- di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego pubblico;

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) \_\_\_\_\_;

g) **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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

i) **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 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.

### SI ALLEGA

- Curriculum vitae personale in forma libera
- 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 con Raccomandata AR o PEC:

**da compilare SEMPRE:**

Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail PEC \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

### ACCETTA ESPRESSAMENTE

di ricevere le comunicazioni inerenti la selezione in oggetto a mezzo: posta elettronica certificata, raccomandata o telegramma agli indirizzi sopra indicati (la modalità sarà di volta in volta individuata da FCS secondo le necessità).

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 per l'**assunzione di n° 2 (due) farmacisti collaboratore al 1° livello** (rif. FAR002S) con contratto a tempo indeterminato per le Farmacie gestite e convenzionate dall'Azienda, 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 FAR002S;
- 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 attinente** in \_\_\_\_\_  
conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

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

**altra Laurea attinente** in \_\_\_\_\_  
conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

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

Percorsi post-lauream (dottorato, master, scuola di specializzazione) relativi 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.  Dottorato
- Master di I livello
- Master di II livello
- Scuola di specializzazione

Presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Facoltà di \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_

2.  Dottorato  
 Master di I livello  
 Master di II livello  
 Scuola di specializzazione

Presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Facoltà di \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_

- ◀  Dottorato  
 Master di I livello  
 Master di II livello  
 Scuola di specializzazione

Presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Facoltà di \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_

- ▶  Dottorato  
 Master di I livello  
 Master di II livello  
 Scuola di specializzazione

Presso l'Università di \_\_\_\_\_  
Facoltà di \_\_\_\_\_  
Periodo \_\_\_\_\_

**Esperienze professionali/titoli di servizio successivi al 1° gennaio 202**

1. Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
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, ordine dei farmacisti)  
specificare \_\_\_\_\_

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria, ordine dei farmacisti)  
specificare \_\_\_\_\_

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria, ordine dei farmacisti)  
specificare \_\_\_\_\_

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:  farmacia comunale  
 farmacia privata  
 altro (università, servizio ospedaliero, industria, ordine dei farmacisti)  
specificare \_\_\_\_\_

... Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
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, ordine dei farmacisti)  
specificare \_\_\_\_\_

... Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
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, ordine dei farmacisti)  
specificare \_\_\_\_\_

... Datore di lavoro \_\_\_\_\_  
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, ordine dei farmacisti)  
specificare \_\_\_\_\_

... Datore di lavoro \_\_\_\_\_

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, ordine dei farmacisti)  
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:**

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

4. 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

5. 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

.... 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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma**

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