

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; barrare le caselle di interesse, sottoscrivere ed allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento.

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER L'ASSUNZIONE A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI NR. 2 FARMACISTI COLLABORATORI

A FORLIFARMA S.P.A.
VIA PASSO BUOLE 54
47122 FORLI' FC
forlifarmaspa@assofarm.postecert.it

Il/La sottoscritto/a cognome nome
..... nato/a a
..... il prov.
Codice Fiscale.....
residente a prov.
..... in via n., c.a.p.
..... e

(da riempire solo se il domicilio è diverso dalla residenza)

domiciliato a prov.
..... in via n., c.a.p.
.....

tel. e/o cell., mail
..... e/o
pec.....

CHIEDE

Di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per l'assunzione a tempo pieno e indeterminato di nr. 2 farmacisti collaboratori

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 della suddetta legge e delle conseguenze in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di avere preso visione dell'avviso di selezione per l'assunzione di farmacisti collaboratori

Cognome _____ Nome _____

A. Cittadinanza:

- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (specificare quale _____);
- di essere cittadino extra U.E. (specificare _____) in possesso di permesso di soggiorno per lavoro subordinato in corso di validità o carta di soggiorno in corso di validità;
- (allega copia del permesso / carta di soggiorno)**

B. Lingua

- di avere ottima conoscenza della lingua italiana;

C. Diritti politici:

- di godere dei diritti politici e di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di _____ (indicare quale);
- di godere dei diritti politici inerenti l'elettorato attivo come previsto nello Stato _____ (indicare quale);

D. Condanne e procedimenti penali:

- di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso che comportino la destituzione o il licenziamento di diritto;

E. Decadimento da un impiego pubblico:

- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione o da altro impiego presso società o altro ente partecipato per persistente insufficiente rendimento ovvero di non essere stato dichiarato decaduto d un impiego pubblico o presso una partecipata;

F. Idoneità fisica

- di avere l'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 _____;

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:

Cognome _____ Nome _____

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

I. di essere in regola con il programma ECM fino al 31.12.2021;

J. *Esperienze lavorative (da compilare per ogni singolo contratto)*

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

Presso farmacia privata comunale Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta direttore di farmacia farmacista

Tipo di contratto _____

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

Presso farmacia privata comunale Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta direttore di farmacia farmacista

Tipo di contratto _____

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

Presso farmacia privata comunale Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta direttore di farmacia farmacista

Tipo di contratto _____

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

Presso farmacia privata comunale Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta direttore di farmacia farmacista

Tipo di contratto _____

Cognome _____ Nome _____

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

Presso farmacia privata comunale Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta direttore di farmacia farmacista

Tipo di contratto _____

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

Presso farmacia privata comunale Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta direttore di farmacia farmacista

Tipo di contratto _____

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

Presso farmacia privata comunale Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta direttore di farmacia farmacista

Tipo di contratto _____

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

Presso farmacia privata comunale Tot giorni _____

Ragione sociale datore di lavoro _____

Mansione svolta direttore di farmacia farmacista

Tipo di contratto _____

DICHIARA ALTRESI'

di essere informato che i dati personali ed, eventualmente, sensibili, oggetto delle dichiarazioni contenute nella domanda di concorso, verranno trattati da Forlifarma Spa al solo scopo di permettere l'espletamento della procedura di concorso in oggetto, compreso la pubblicazione sul sito web di Forlifarma del risultato delle prove e/o della graduatoria finale degli idonei, l'adozione di ogni provvedimento annesso e/o conseguente e la gestione del rapporto di lavoro che, eventualmente, si instaurerà. Si avverte che la mancata autorizzazione alla gestione dei dati comporterà la impossibilità per Forlifarma ad ammettere il concorrente con conseguente esclusione dalla selezione.

di essere informato che le prove d'esame verranno effettuate in presenza, pertanto, l'accesso ai luoghi indicati sarà soggetto ai protocolli anti Covid-19 eventualmente vigenti.

Cognome _____ Nome _____

Alla presente allega:

- curriculum vitae, comprensivo di foto recente, datato e firmato con indicazione dettagliata delle esperienze lavorative
- copia fotostatica di valido documento di identità
- eventuali attestati di corsi di specializzazione e/o formazione

Luogo e data _____

Firma

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