# DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA, A TEMPO PIENO INDETERMINATO DI UN FARMACISTA COLLABORATORE PRESSO LA FARMACIA COMUNALE GESTITA DALL'AZIENDA, CON FACOLTÀ DI UTILIZZO DELLA GRADUATORIA STESSA PER ULTERIORI ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO TRASFORMABILI A TEMPO INDETERMINATO ANCHE PART-TIME ANCHE MEDIANTE LA FORMA DI APPRENDISTATO OVE POSSIBILE.

Spett.le

SGDS MULTISERVIZI SRL

VIA VITTORIO VENETO 5

63822 PORTO SAN GIORGIO (FM)

PEC: [sgds@pec.sangiorgioservizi.it](mailto:sgds@pec.sangiorgioservizi.it)

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………….

# CHIEDE

# dì essere ammesso/a alla selezione pubblica per titoli, prova scritta e colloquio per l’assunzione a tempo pieno indeterminato di un farmacista collaboratore presso la farmacia comunale gestita dall'azienda, con facoltà di utilizzo della graduatoria stessa per ulteriori assunzioni a tempo determinato trasformabili a tempo indeterminato anche part-time anche mediante la forma di apprendistato ove possibile.

A tal fine, sotto la propria e diretta responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi degli artt. 47 e 76 del DPR 445/2000

# DICHIARA

quanto risulta compilato di seguito:

Nome……………………………………………. Cognome…………………………………………

Codice Fiscale………………………………………. Luogo di nascita……………………………..

Provincia……… Data di nascita…………………….

(gg/mm/aaaa)

Residente in:…………………………………………………………………..….Prov ……………..

Indirizzo/Via……………………………………………………………………. N………………….

C.A.P. ………………………………

Telefono ………………………………

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza cui fare pervenire le comunicazioni relative al bando…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….....

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) o posta elettronica semplice

……………………………………........................................................................................................

Cittadinanza (ed indicazione del numero di permesso di soggiorno per i cittadini extra U.E).…………………………………………………………………………………….......................

Comune di iscrizione nelle liste elettorali……………………………………………………………..

Provincia di …………………………………………………………………………………………...

Di trovarsi in posizione regolare rispetto agli eventuali obblighi di leva

Di non avere riportato condanne penali, di non avere procedimenti penali in corso e comunque di non trovarsi in alcuna delle condizioni che, ai sensi della vigente normativa, impediscono la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni.

Di essere in possesso della idoneità fisica all’impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto della selezione.

Di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a, ovvero di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dall’impiego presso una pubblica amministrazione.

Di autorizzare la SGDS MULTISERVIZI SRL al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679, per gli adempimenti collegati alla selezione in oggetto (l’informativa per il trattamento dati personali è pubblicata e scaricabile al seguente link

<http://www.sangiorgioservizi.it/index.php/societa-trasparente/selezione-del-personale>/bandi-di-selezione-del-personale/157-farmacista-collaboratore2

Di accettare tutte le condizioni di cui al presente avviso, le norme vigenti dello Statuto dell’Azienda e del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Assofarm, compreso il lavoro notturno.

Dichiara infine (solo per i cittadini degli stati membri della Unione Europea ed extracomunitari) di avere adeguata conoscenza della lingua italiana, sia parlata che scritta.

Di possedere il seguente titolo di studio……………………………………………………………...

Istituto o Università presso il quale è stato conseguito…………………………………………….....

…………………………………………………………………………………………………...........

Che gli estremi del documento ministeriale con il quale è stata riconosciuta l’idoneità del titolo di studio posseduto ai fini dell’instaurazione di rapporti di lavoro sono i

seguenti:………………………………………………………………………(solo se conseguito all’estero)

Anno di conseguimento della laurea………………………………………………………………......

Votazione conseguita nell’esame di laurea …………………………………………………………....

Abilitazione professionale - Sede universitaria ……………………………………………………….

Anno di conseguimento dell’abilitazione …………………………………………………………….

Iscrizione Albo professionale dei Farmacisti della provincia di al

numero…………….in data……………………………….

Di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli o idoneità , utili per la graduatoria **(se sussistono)** (sono da indicare in questa sezione le eventuali lauree in aggiunta attinenti a quella richiesta dal bando, corsi di specializzazione universitaria post-laurea attinenti al profilo richiesto, dottorati di ricerca e master di specializzazione universitari attinenti al profilo richiesto, attestati di frequenza o diplomi rilasciati da qualificati centri di studio per corsi di durata non inferiore ai sei mesi, attinenti al profilo richiesto, attestato almeno di livello B1 del quadro europeo di conoscenza della lingua inglese):

a)………………………………………………………………………………………………………

b)………………………………………………………………………………………………………

c)……………………………………………………………………………………………………….

d)……………………………………………………………………………………………………….

e)………………………………………………………………………………………………………

f)……………………………………………………………………………………………………….

................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………… Dichiara la seguente invalidità………………………………………………………………………..

**Esperienze pregresse relativamente all’oggetto dell’incarico:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA INIZIO** | **DATA FINE** | **NOME DATORE DI LAVORO** | **ORARIO FULL-TIME O PERCENTUALE P-TIME** |
| *A titolo di esempio 01.01.2018* | *31.01.2018* | *AFM FARMACIE COMUNALI FERRARA* | *FULL-TIME OPPURE PART-TIME 24 ORE* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

La presente tabella è indicativa; se il candidato ritiene di elencare e dettagliare le esperienze lavorative precedenti ed attinenti sotto altra forma, ne ha la facoltà. In ogni caso devono essere specificati e ben riconoscibili i seguenti elementi:

1. data inizio e data termine lavoro
2. datore di lavoro, indicando se farmacia pubblica o privata o parafarmacia o altra struttura
3. eventuale part-time o tempo pieno

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che l'Azienda non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione dell’eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni, indicati nella presente domanda.

Si allegano:

-CURRICULUM VITAE IN FORMATO UE DATATO E FIRMATO

-FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITA’

-INFORMATIVA PRIVACY DATATA E SOTTOSCRITTA (scaricabile al seguente link

<http://www.sangiorgioservizi.it/index.php/societa-trasparente/selezione-del-personale>/bandi-di-selezione-del-personale/157-farmacista-collaboratore2

- eventuali certificazioni attestanti la percentuale di invalidità, ed eventuale specifica dell’ausilio necessario e/o di tempi aggiuntivi per espletare le prove

…………….…………….. lì………………………………..

luogo data

FIRMA leggibile

………………………………………………