

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO PER ISTITUZIONE DI UNA GRADUATORIA FINALIZZATA ALLA ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO DI FARMACISTI COLLABORATORI PRESSO LE FARMACIE DELL'AZIENDA CON FACOLTA' DI UTILIZZO DELLA GRADUATORIA STESSA PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO

Spett.le
A.F.M. Farmacie Comunali Ferrara S.r.l.

**Domanda da inviare a
ADECCO ITALIA SpA –sede di FERRARA
Via Podgora n. 16
44121 FERRARA**

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione pubblica per titoli e colloquio per istituzione di una graduatoria finalizzata alla assunzione a tempo indeterminato di farmacisti collaboratori (da inquadrare al primo livello del CCNL Assofarm) presso le Farmacie dell'Azienda.

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 AFM Farmacie Comunali Ferrara S.r.l. al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs.196/2003 s.m.i. per gli adempimenti collegati alla selezione in oggetto (l'informativa per il trattamento dati personali è pubblicata e scaricabile al seguente link <https://www.afm.fe.it/wp-content/uploads/2017/01/AFM-informativa-Privacy-Candidati-1.pdf>).

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.

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 dial 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
<i>A titolo di esempio 01.01.2018</i>	<i>31.01.2018</i>	<i>AFM FARMACIE COMUNALI FERRARA</i>	<i>FULL-TIME OPPURE PART-TIME 24 ORE</i>

