

**ALLEGATO "A" schema di domanda (da redigersi in carta libera)**

Al Presidente

**FARMACIE COMUNALI SRL**

**Via Umberto I, n. 736**

**63821 PORTO SANT'ELPIDIO (FM)**

Il/la sottoscritto/a chiede di partecipare alla selezione pubblica per l'assunzione **a tempo pieno ed indeterminato di n. 1 unità con profilo di farmacista direttore (inquadramento Q1^ livello ccnl Farmacie private) presso "Farmacie comunali srl" di Porto Sant'Elpidio.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del suddetto Decreto, **dichiara** di accettare incondizionatamente le disposizioni del presente avviso, di essere a conoscenza di tutti i **requisiti** d'accesso, così come richiesto dall'avviso di selezione e di **esserne in possesso**, di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, inserita all'interno dell'avviso di selezione;

**DICHIARA** inoltre, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**RECAPITO** presso cui indirizzare le comunicazioni relative al presente avviso (da indicare solo se diverso da quello di residenza):

LOCALITA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

Di impegnarsi a comunicare le successive eventuali variazioni dello stesso per iscritto.

**DICHIARA**

consapevole delle responsabilità penali, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000:

che le proprie generalità sono quelle sopraindicate e di possedere (barrare la/una opzione, per le rispettive dichiarazioni rese) i seguenti requisiti, generali e specifici, obbligatori:

- cittadinanza italiana;
- oppure
- cittadinanza straniera accompagnata dal possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dall'art. 7 della L.n. 97/2013. Di essere in possesso della cittadinanza di uno dei Paesi membro U.E oppure di altro Paese (indicare quale):

.....  
di essere familiare di cittadini degli Stati membri dell'U.E. titolari del diritto di soggiorno del diritto di soggiorno permanente (indicare quale)

.....  
di essere cittadino di Paesi terzi titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (indicare quale)

di essere cittadino di paesi terzi titolari dello status di rifugiato (indicare quale)

.....

di essere cittadino di paesi terzi titolari dello status di protezione sussidiaria (indicare quale)

.....

Solo per i cittadini degli stati membri, di avere ottima conoscenza della lingua italiana parlata e scritta:

- si
- no

- godimento dei diritti civili e politici; ovvero (nel caso di candidati di Stati membri Unione Europea diversi dall'Italia e/o Stati diversi dall'Italia) di godere dei diritti civili e politici negli stati di appartenenza e di provenienza. Indicare quale nello spazio sottostante:

.....

.....

- età non inferiore ad anni 18 e non superiore al limite massimo dell'età pensionabile prevista dalla legge;
- non essere collocato in quiescenza da un rapporto di lavoro pubblico o privato;
- idoneità psico-fisica-attitudinale all'impiego ed alle mansioni proprie del profilo professionale da ricoprire "Direttore di Farmacia";
- regolare posizione nei riguardi degli obblighi militari, laddove espressamente previsti per legge;
- inesistenza di condanne penali, di procedimenti penali in corso o di stato di interdizione o di provvedimenti di prevenzione o di altre misure che escludono, secondo le leggi vigenti, l'accesso ai pubblici impieghi.
- Ove il candidato risulti indagato, imputato o condannato per qualsiasi ragione o motivazione, diverse da quelle indicate nel punto precedente, dovrà dichiararlo, nello spazio sottostante, ai sensi del D.P.R. 445/2000:

.....

.....

- assenza di validi ed efficaci atti risolutivi di precedenti rapporti d'impiego eventualmente costituiti con pubbliche amministrazioni a causa d'insufficiente rendimento o per produzione di documenti falsi o affetti da invalidità insanabile;
- assenza di cause ostative all'accesso eventualmente prescritte ai sensi di legge per la costituzione del rapporto di lavoro;
- possesso di Laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologie farmaceutiche conseguite secondo il vecchio ordinamento universitario; oppure Laurea specialistica in Farmacia o in Chimica e Tecnologie farmaceutiche afferenti alla classe di laurea specialistica LS-14, del nuovo ordinamento universitario; oppure Laurea magistrale in Farmacia o in Chimica e Tecnologie farmaceutiche afferenti alla classe di laurea magistrale LM - 13, del nuovo ordinamento universitario, o titolo equipollente. Titolo conseguito il .....

presso.....

con votazione .....

- o oppure

(nel caso di candidati appartenenti ad altri Stati membri dell'Unione Europea diversi dall'Italia e/o a Stati diversi dall'Italia), che gli estremi del Decreto Ministeriale con il quale è stato riconosciuto l'idoneità del titolo di studio **posseduto, conseguito all'estero sono:**

.....

- o di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista conseguita presso .....anno di conseguimento.....
- o di essere iscritto all' Albo professionale dei Farmacisti della Provincia di .....al N. ....
- o patente di guida di tipo **A e/o B e/o superiore** non soggetta a provvedimenti di revoca e/o sospensione, in corso di validità;

*Tipo patente*.....

*Numero*.....

*Data scadenza* ...../...../.....(gg/mm/aa)

- o aver ricoperto la qualifica di Direttore di Farmacia per almeno 24 mesi, ovvero, avere svolto l'attività di Farmacista Collaboratore per almeno 96 mesi. In entrambi i casi, gli anni di esperienza/servizio possono essere stati maturati anche in modo non consecutivo, purché svolti con contratti di lavoro subordinato, anche in somministrazione, presso farmacie pubbliche e private. I dati riferiti alle esperienze di lavoro vanno e compilati in tutte le loro parti, come di seguito riportato:

**Dal** ...../...../.....(gg/mm/aa) **al** ...../...../.....(gg/mm/aa)

Qualifica

.....

Denominazione datore di lavoro

.....

Opzionare la natura giuridica del datore di lavoro tra le 3 seguenti:

- o Ente/Società a partecipazione Pubblica
- o Pubblica Amministrazione
- o Azienda private

Area/settore di riferimento del datore di lavoro

.....

Categoria/Inquadramento

.....

Tipologia contratto (determinato, indeterminato, somministrazione)

.....

Orario di lavoro, barrare una delle due opzioni

Full time

Oppure

Part time

% part time

.....

Numero ore settimanali (da inserire solo in caso di orari di lavoro part time)

.....

**Dal ...../...../.....(gg/mm/aa) al ...../...../.....(gg/mm/aa)**

Qualifica

.....

Denominazione datore di lavoro

.....

Opzionare la natura giuridica del datore di lavoro tra le 3 seguenti:

- Ente/Società a partecipazione Pubblica
- Pubblica Amministrazione
- Azienda private

Area/settore di riferimento del datore di lavoro

.....

Categoria/Inquadramento

.....

Tipologia contratto (determinato, indeterminato, somministrazione)

.....

Orario di lavoro, barrare una delle due opzioni

Full time

Oppure

Part time

% part time

.....

Numero ore settimanali (da inserire solo in caso di orari di lavoro part time)

.....

**Dal ...../...../.....(gg/mm/aa) al ...../...../.....(gg/mm/aa)**

Qualifica

.....

Denominazione datore di lavoro

.....

Opzionare la natura giuridica del datore di lavoro tra le 3 seguenti:

- Ente/Società a partecipazione Pubblica
- Pubblica Amministrazione
- Azienda private

Area/settore di riferimento del datore di lavoro

.....

Categoria/Inquadramento

.....

Tipologia contratto (determinato, indeterminato, somministrazione)

.....

Orario di lavoro, barrare una delle due opzioni

Full time

Oppure

Part time

% part time

.....

Numero ore settimanali (da inserire solo in caso di orari di lavoro part time)

.....

**Dal ...../...../.....(gg/mm/aa) al ...../...../.....(gg/mm/aa)**

Qualifica

.....

Denominazione datore di lavoro

.....

Opzionare la natura giuridica del datore di lavoro tra le 3 seguenti:

- Ente/Società a partecipazione Pubblica
- Pubblica Amministrazione
- Azienda private

Area/settore di riferimento del datore di lavoro

.....

Categoria/Inquadramento

.....

Tipologia contratto (determinato, indeterminato, somministrazione)

.....

Orario di lavoro, barrare una delle due opzioni

Full time

Oppure

Part time

% part time

.....

Numero ore settimanali (da inserire solo in caso di orari di lavoro part time)

.....

**Dal ...../...../.....(gg/mm/aa) al ...../...../.....(gg/mm/aa)**

Qualifica

.....

Denominazione datore di lavoro

.....

Opzionare la natura giuridica del datore di lavoro tra le 3 seguenti:

- Ente/Società a partecipazione Pubblica
- Pubblica Amministrazione
- Azienda private

Area/settore di riferimento del datore di lavoro

.....

Categoria/Inquadramento

.....

Tipologia contratto (determinato, indeterminato, somministrazione)

.....

Orario di lavoro, barrare una delle due opzioni

Full time

Oppure

Part time

% part time

.....

Numero ore settimanali (da inserire solo in caso di orari di lavoro part time)

.....

Dichiaro, barrando con una X una delle due opzioni:

di non possedere i titoli di servizio indicati nell'Avviso di Selezione

di possedere i seguenti titoli di servizio indicati nell'Avviso di Selezione:

anzianità di servizio maturata -oltre i 24 mesi o i 96 mesi di esperienza quale requisito specifico obbligatorio di cui all'art. 3 del presente Avviso- con contratti di lavoro subordinato, anche in somministrazione, presso farmacie pubbliche o private, nella mansione di Direttore di Farmacia e/o Collaboratore di Farmacia.

**Dal ...../...../.....(gg/mm/aa) al ...../...../.....(gg/mm/aa)**

Qualifica

.....

Denominazione datore di lavoro

.....

Opzionare la natura giuridica del datore di lavoro tra le 3 seguenti:

- Ente/Società a partecipazione Pubblica
- Pubblica Amministrazione
- Azienda private

Area/settore di riferimento del datore di lavoro

.....

Categoria/Inquadramento

.....

Tipologia contratto (determinato, indeterminato, somministrazione)

.....

Orario di lavoro, barrare una delle due opzioni

- Full time

Oppure

- Part time

% part time

.....

Numero ore settimanali (da inserire solo in caso di orari di lavoro part time)

.....

**Dal ...../...../.....(gg/mm/aa) al ...../...../.....(gg/mm/aa)**

Qualifica

.....

Denominazione datore di lavoro

.....

Opzionare la natura giuridica del datore di lavoro tra le 3 seguenti:

- Ente/Società a partecipazione Pubblica
- Pubblica Amministrazione
- Azienda private

Area/settore di riferimento del datore di lavoro

.....

Categoria/Inquadramento

.....

Tipologia contratto (determinato, indeterminato, somministrazione)

.....

Orario di lavoro, barrare una delle due opzioni

- Full time

Oppure

- Part time

% part time

.....

Numero ore settimanali (da inserire solo in caso di orari di lavoro part time)

.....

**Dal ...../...../.....(gg/mm/aa) al ...../...../.....(gg/mm/aa)**

Qualifica

.....

Denominazione datore di lavoro

.....

Opzionare la natura giuridica del datore di lavoro tra le 3 seguenti:

- Ente/Società a partecipazione Pubblica
- Pubblica Amministrazione
- Azienda private

Area/settore di riferimento del datore di lavoro

.....

Categoria/Inquadramento

.....

Tipologia contratto (determinato, indeterminato, somministrazione)

.....

Orario di lavoro, barrare una delle due opzioni

- Full time

Oppure

- Part time

% part time

.....

Numero ore settimanali (da inserire solo in caso di orari di lavoro part time)

.....

**Dal ...../...../.....(gg/mm/aa) al ...../...../.....(gg/mm/aa)**

Qualifica

.....

Denominazione datore di lavoro

.....

Opzionare la natura giuridica del datore di lavoro tra le 3 seguenti:

- Ente/Società a partecipazione Pubblica
- Pubblica Amministrazione

- Azienda private

Area/settore di riferimento del datore di lavoro

.....

Categoria/Inquadramento

.....

Tipologia contratto (determinato, indeterminato, somministrazione)

.....

Orario di lavoro, barrare una delle due opzioni

- Full time

Oppure

- Part time

% part time

.....

Numero ore settimanali (da inserire solo in caso di orari di lavoro part time)

.....

Dichiaro, barrando con una X una delle due opzioni:

- di non possedere i titoli vari indicati nell'Avviso di Selezione;
- di possedere i seguenti titoli vari di cui all'art. 10 dell'Avviso di Selezione (per ognuno specificare di quale si tratta e la data di conseguimento ed in caso di più titoli (dello stesso tipo e/o di tipo differenti) i campi andranno compilati per ognuno di essi:

dottorato di ricerca triennale attinente al settore chimico-farmaceutico:

.....

data di conseguimento: .....

dottorato di ricerca triennale attinente al settore chimico-farmaceutico:

.....

data di conseguimento: .....

dottorato di ricerca triennale attinente al settore chimico-farmaceutico:

.....

data di conseguimento: .....

titoli professionali quali master, abilitazioni, per corsi di specializzazione, formazione, perfezionamento, aggiornamento titolo fino a un in materie attinenti al settore chimico-farmaceutico, per i quali sia previsto il superamento di un esame a fine corso e rilasciato un attestato con punteggio conseguito:

.....

data di conseguimento: .....

titoli professionali quali master, abilitazioni, per corsi di specializzazione, formazione, perfezionamento, aggiornamento titolo fino a un in materie attinenti al settore chimico-farmaceutico, per i quali sia previsto il superamento di un esame a fine corso e rilasciato un attestato con punteggio conseguito:

.....

data di conseguimento: .....

titoli professionali quali master, abilitazioni, per corsi di specializzazione, formazione, perfezionamento, aggiornamento titolo fino a un in materie attinenti al settore chimico-farmaceutico, per i quali sia previsto il superamento di un esame a fine corso e rilasciato un attestato con punteggio conseguito:

.....

data di conseguimento: .....

possesso della certificazione per la somministrazione del vaccino anti covid-19:

.....

data di conseguimento: .....

Dichiaro, barrando con una X una delle due opzioni indicate per ciascuna delle seguenti dichiarazioni:

- di non possedere nessuno dei titoli di preferenza previsti dall'art. 5 – comma 4 – D.P.R. 9.5.1994 n. 487 e ss.mm.ii.;
- di possedere il/i seguente/i titolo/i di preferenza previsto dall'art. 5 – comma 4 – D.P.R. 9.5.1994 n. 487 e ss.mm.ii (di cui all'allegato B), in tal caso indicare:

il/i titolo/i di preferenza .....

.....

Dichiaro, barrando con una X una delle due opzioni indicate per ciascuna delle seguenti dichiarazioni:

- di non appartenere alla categoria protetta di cui all'art. 1 comma 1 Legge 68/1999 e ss.mm.ii.d
- di appartenere alla seguente categoria protetta di cui all'art. 1 comma 1 Legge 68/1999 e ss.mm.ii.

Indicare categoria protetta .....

- di non possedere alcuna invalidità
- di possedere la seguente invalidità e rispettiva percentuale, ai sensi della L. 104/92 e ss.mm.ii:

Indicare l'invalidità e la rispettiva percentuale:

- .....
- di non avere la necessità di alcun ausilio e/o tempo aggiuntivo per lo svolgimento delle prove d'esame,
  - di avere la necessità di ausilio e/o tempo aggiuntivo per lo svolgimento delle prove d'esame. Indicare il tipo di ausilio e/o tempo aggiuntivo necessario/necessari per lo svolgimento delle prove
- .....
- .....

- di aver preso visione dell'Avviso di selezione e di accettare integralmente e senza riserva le clausole in esso contenute;
- di autorizzare Farmacie Comunali SRL e/o altre amministrazioni, società o aziende pubbliche che facciano richiesta dell'utilizzo dei documenti relativi alla suddetta procedura selettiva e della conseguente graduatoria, alla gestione e al trattamento dei miei dati personali secondo la normativa vigente (GDPR Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e ss.mm.ii.), secondo quanto previsto all'art. 8 dell'Avviso di selezione, per le finalità legate alla selezione ed all'eventuale assunzione;
- di comunicare, inviando una comunicazione all'indirizzo PEC di cui all'Avviso di Selezione, il venir meno dei requisiti -generali, specifici- obbligatori.

Dichiaro di allegare, alla domanda di Partecipazione (Allegato A), i seguenti documenti:

- ***copia fotostatica*** non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore (qualora detto documento non sia in corso di validità, gli stati, le qualità personali e i fatti in esso contenuti, possono essere comprovati mediante esibizione dello stesso, purché l'interessato dichiari, in calce alla fotocopia del documento, che i dati contenuti nel documento non hanno subito variazioni dalla data del rilascio ai sensi dell'art. 45, comma 3 DPR 445/2000);
- ***copia fronte retro della patente di guida di tipo A e/o B e/o superiore, in corso di validità;***
- ***copia del titolo di abilitazione*** all'esercizio della professione di farmacista;
- ***copia dell'iscrizione all'Ordine professionale dei Farmacisti;***

- ***copia del/dei requisito/i specifico/i relativo/i all'esperienza con qualifica professionale ricoperta. Allegare: contratti di rapporto di lavoro subordinato, e/o attestazione di servizio del datore di lavoro. In caso di contratto di lavoro in somministrazione presso la P.A. dovrà essere allegata la documentazione a cura del datore di lavoro e della P.A. presso la quale si è prestato servizio;***
- ***copia di tutti i titoli aggiuntivi dichiarati. Nel caso dei Titoli di servizio, allegare: contratti di rapporto di lavoro subordinato, e/o attestazione di servizio del datore di lavoro. In caso di contratto di lavoro in somministrazione presso la P.A. dovrà essere allegata la documentazione a cura del datore di lavoro e della P.A. presso la quale si è prestato servizio;***
- ***copia eventuale documentazione sanitaria da parte degli appartenenti alle categorie protette di cui alla L. 68/99.***

Luogo, data \_\_\_\_\_

**Firma (da apporre )**

\_\_\_\_\_