

Spett.le  
Ravenna Farmacie S.r.l.  
Via Fiume Abbandonato, n. 122  
48124 Ravenna (RA)

Il/la sottoscritto/a																			
<b>Cognome</b> _____										<b>Nome</b> _____									
Codice fiscale																			
Data di nascita																			
_____																			
Luogo di nascita:																			
Stato _____						Provincia _____						Comune _____							
_____																			
Residenza																			
Comune _____						Provincia _____						Stato _____							
via/piazza _____										n. _____		cap _____							
Telefono _____						Fax _____				E-mail _____									
Indirizzo a cui devono essere inviate le comunicazioni																			
via/piazza _____										n _____		cap _____							
Comune _____						Provincia _____						Stato _____							
_____																			
Patente di guida: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> tipo: _____																			
_____																			
Appartenente Categoria protetta di cui alla legge 68/9 e s.m.i. no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>																			
Specificare _____																			
_____																			
Iscritto all'Ordine dei Farmacisti di _____ con il n° _____																			
_____																			

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla selezione relativa la formazione di una graduatoria per assunzione a tempo **indeterminato per n. 5 (cinque) “Farmacista Collaboratore”** livello 1 delle tabelle nazionali delle qualifiche del personale C.C.N.L ASSOFARM vigente, indetta da Ravenna Farmacie S.r.l. (avviso di selezione prot n. 1984 del 02.11.2021)

A tal fine:

#### DICHIARA

- a) di avere la cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea e degli Stati legati alla UE da accordi di reciprocità in materia (fermi restando i requisiti di godimento dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o provenienza, adeguata conoscenza della lingua italiana e tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica) ovvero regolarità del diritto di soggiorno e di accesso al mercato del lavoro subordinato in caso di cittadini extracomunitari o apolidi nel territorio dello Stato;
- b) nel caso di cittadini non italiani, di avere ottima conoscenza della lingua italiana;
- c) di disporre del pieno godimento dei diritti politici e civili;
- d) di non avere riportato condanne penali che comportino in base alla legislazione vigente l'interdizione perpetua o temporanea da uffici pubblici e non avere riportato condanne penali che, salvo riabilitazione, comportino la destituzione o il licenziamento di diritto del personale dipendente;
- e) di non essere stato destituito o dispensato presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero sia stato dichiarato decaduto da un impiego pubblico;
- f) avere la piena idoneità fisica alla mansione inclusa quella dell'espletamento di lavoro notturno nel senso di essere immuni da qualsiasi malattia od indisposizione o imperfezione fisica che possa ridurre il completo ed incondizionato espletamento del servizio (per l'accertamento delle condizioni fisiche l'avente diritto all'assunzione verrà sottoposto a visita medica ed idoneità alla mansione ai sensi della normativa vigente, secondo la tempistica comunicata da Ravenna Farmacie Srl medesima);
- g) di essere in possesso di diploma di laurea magistrale in Farmacia, C.T.F. o equipollente (in caso di titolo conseguito all'estero - secondo quanto precisato alla lett. a – dovrà trattarsi di titolo dichiarato equipollente da CIMEA);
- h) di essere iscritto ad un Albo Professionale dei Farmacisti;
- i) di avere prestato servizio come farmacista, anche come stage post laurea, successivamente al 1 gennaio 2019 per almeno 100 (diconsi cento) giorni solari, anche in più periodi, presso una farmacia aperta al pubblico.

#### DICHIARA ALTRESI'

- 1) di essere in possesso di diploma di laurea in \_\_\_\_\_ di tipo c.d. magistrale ex specialistica o vecchio ordinamento, conseguito presso

l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, con votazione finale di \_\_\_\_\_; (si tenga a tal fine conto di quanto indicato alla rubrica "B. Modalità di selezione" titolo "B1.Titoli" capitolo "1. Titoli di studio" dell'avviso di selezione riguardo ai voti di laurea magistrale in Farmacia o C.T.F. o equipollente, che danno diritto a punteggio)

eventuali note \_\_\_\_\_

2) le seguenti **esperienze professionali** (si tenga a tal fine conto di quanto indicato alla rubrica "B. Modalità di selezione" titolo "B1.Titoli" capitolo "2. Esperienze professionali a partire dal 1/1/2014" dell' avviso di selezione):

**a) di avere ricoperto il ruolo di Direttore di farmacia territoriale aperta al pubblico o magazzino farmaceutico presso:**

1. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

2. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

3. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

4. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ (indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

5. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ (indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

**b) di avere ricoperto il ruolo di farmacista collaboratore di farmacia ospedaliera o parafarmacia presso:**

1. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ (indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

2. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

3. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

---

---

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

4. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

---

---

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

5. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

---

---

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

**c) di avere ricoperto il ruolo di farmacista collaboratore di farmacia territoriale**

**aperta al pubblico presso:**

1. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

---

---

Farmacia privata       Farmacia pubblica       Ravenna Farmacie

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

2. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

---

---

Farmacia privata       Farmacia pubblica       Ravenna Farmacie

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

3. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

---

---

Farmacia privata       Farmacia pubblica       Ravenna Farmacie

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

4. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

---

---

Farmacia privata       Farmacia pubblica       Ravenna Farmacie

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata      rapporto      dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

5. Datore di lavoro (denominazione ed indirizzo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Farmacia privata       Farmacia pubblica       Ravenna Farmacie

Mansioni svolte \_\_\_\_\_

durata      rapporto      dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (indicare date giorno/mese/anno)

specificare full time o part-time: \_\_\_\_\_

eventuali note \_\_\_\_\_

(N.B. In caso i campi non siano sufficienti allegare alla domanda dichiarazione ad integrazione);

- 3) di potere attestare i seguenti **corsi e idoneità in selezioni/concorsi** (si tenga a tal fine conto di quanto indicato alla rubrica "B. Modalità di selezione" titolo "B1. Titoli" capitolo "3. Titoli vari" dell'avviso di selezione riguardo ai seguenti corsi ed idoneità che danno diritto a punteggio: idoneità in selezioni/concorsi attinenti all'attività oggetto della selezione, corso di addetto al Primo Soccorso ex D .Lgs, n. 81/2008; corso di addetto antincendio rischio basso/medio e successivi; abilitazione CUP attiva nella Provincia di Ravenna)

(copia degli attestati rilasciati dagli enti/autorità interessati dovranno essere presentati successivamente a richiesta di Ravenna Farmacie S.r.l.)

- idoneità in selezioni/concorsi per Farmacista Collaboratore:

- \_\_\_\_\_ (Ente)

Data \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ (Ente)

Data \_\_\_\_\_

- di possedere attestazione in corso di validità di Addetto al primo soccorso ex D.Lgs n° 81/2008 rilasciata da

---

in data \_\_\_\_\_

- di possedere attestazione in corso di validità come Addetto antincendio rischio medio/basso o successivi rilasciata da

---

in data \_\_\_\_\_

- di essere abilitato al servizio di prenotazioni FarmaCup della Ausl della Romagna

Sì  No

- 4) di avere **piena conoscenza e di accettare** il contenuto dell'avviso di selezione prot. Ravenna Farmacie n. n. 1984 del 02.11.2021.

Allega:

1) copia leggibile del documento d'identità n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_;

2) eventuale altra documentazione: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 76, comma 1, del DPR n. 445 del 2000 e s.m.i. dichiara di essere consapevole che la falsità in atti e le autodichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445 del 2000 e s.m.i., qualora dal controllo della dichiarazione resa emerga la non veridicità del contenuto, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione mendace.

Dichiaro di avere preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., così come indicato nell'avviso di selezione e di autorizzare il conseguente trattamento dei dati.

Titolare del trattamento è Ravenna Farmacie S.r.l. via Fiume Abbandonato n. 122 48124 Ravenna, secondo quanto meglio indicato nell'avviso di selezione prot. n. 1984 del 02.11.2021.

In fede.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma (leggibile e per esteso) \_\_\_\_\_