

ELENCO DI OPERATORI SELEZIONATI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI SERVIZIO IN FARMACIA

MOD 1 - Domanda di iscrizione

SEZIONE 1 – OPERATORI DEI SERVIZI DI FARMACIA

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____
Residente in _____ (c.a.p. _____)
Via _____ n. _____
Telefono _____ Cell. _____
Mail _____
PEC _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente Impresa decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

✓ Di voler entrare a far parte dell'Elenco dei Collaboratori Selezionati di RAVENNA FARMACIE

[] **OPERATORI DEI SERVIZI DI FARMACIA**

- [] INFERMIERI
- [] OSTEOPATI
- [] FISIOTERAPISTI
- [] OPERATORI DI INTERESSE SANITARIO
- [] OPERATORI DEL BENESSERE / ESTETISTI
- [] BIOLOGI NUTRIZIONISTI O NUTRIZIONISTI
- [] PSICOLOGI
- [] ASSISTENTI SOCIALI

- ✓ Di essere cittadino italiano o di un paese dell'Unione Europea
- ✓ Di avere età non inferiore a 18 anni
- ✓ Di godere dei diritti civili e politici
- ✓ Di non aver avuto condanne, anche non passate in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale
- ✓ Di non essere oggetto di provvedimenti interdittivi dai pubblici uffici
- ✓ Di non essere stato destituito o dichiarato decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione
- ✓ Di non essere in posizione di incompatibilità ad affidamento di incarichi da parte della Pubblica Amministrazione secondo la normativa vigente
- ✓ Di non avere contenziosi pendenti con uno dei Comuni che hanno una partecipazione in Ravenna farmacie o con Ravenna Farmacie, infine, con altre partecipate di Ravenna Holding

e, in aggiunta, nel caso di richiesta di iscrizione come

[] FARMACISTA

di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici:

a) Diploma di laurea magistrale in "FARMACIA" o in "CHIMICA E TECNOLOGIE FARMACEUTICHE", conseguito nell'anno _____ presso _____

b) Abilitazione professionale e iscrizione all'Albo dei Farmacisti di _____ Iscrizione N. _____ del _____

- ✓ di non essere titolare di una farmacia privata ovvero non essere socio di una società tra farmacisti titolari di farmacia privata

inoltre dichiara,

- [] Di essere dipendente pubblico
- [] Di essere dipendente privato
- [] Di essere un lavoratore autonomo che esercita abitualmente in un diverso settore da quello del presente avviso
- [] Di essere un lavoratore autonomo che esercita abitualmente nel medesimo settore rispetto a quello del presente avviso con la P.IVA n. _____

✓ Di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici:

Si allegano:

- Copia del documento di identità
- Curriculum professionale
- Documenti e attestati comprovanti il possesso dei requisiti specifici
-

Luogo e data

Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Luogo e data

Firma
