**ELENCO DI OPERATORI SELEZIONATI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI SERVIZIO IN FARMACIA**

**MOD 2 - Domanda di iscrizione**

**SEZIONE 2 – FARMACISTI LIBERI PROFESSIONISTI**

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 FARMACAP – FARMACISTI LIBERI PROFESSIONISTI
* 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 il Comune di Roma o con FARMACAP o, infine, con altre partecipate del Comune di Roma

[ ] 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:

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

Si allegano:

* + - * Copia del documento di identità
			* Curriculum professionale
			* Documenti e attestati comprovanti il possesso di abilitazioni e/o competenze specifiche sui servizi in farmacia (come, ad esempio, i tamponi Covid, le attività vaccinali, telemedicina, ecc)

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

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

**ELENCO DI OPERATORI SELEZIONATI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI SERVIZIO IN FARMACIA**

**MOD 2 bis – Scheda riassuntiva**

**Redatta ai sensi del DPR 28/12/ 2000 n. 445**

**SEZIONE 2 – FARMACISTI LIBERI PROFESSIONISTI**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anni \_\_\_\_\_\_\_

Partita IVA SI [ ] NO [ ] MINIMI/FORFETTARIO [ ]

Laurea in [ ] FARMACIA [ ] CTF Votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. di anni per il conseguimento della laurea \_\_\_\_\_\_\_

N. di anni di esperienza professionale presso farmacie comunali o presso farmacie private \_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui \_\_\_\_\_\_ presso Farmacie private , \_\_\_\_\_\_ presso Farmacie Comunali

Farmacista esecutore di vaccini SI [ ] NO [ ] Farmacista esecutore di tamponi SI [ ] NO [ ]

Competenze informatiche (SEGNARE IL LIVELLO DI COMPETENZA POSSEDUTO)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Utilizzo esperto | Utilizzo base | Nessuna competenza |
| Word  |  |  |  |
| Excel |  |  |  |
| L-infa Modulo Vendita |  |  |  |
| L-infa Modulo Magazzino |  |  |  |
| Altro gestionale |  |  |  |

Disponibilità (segnalare con una x sulla casella corrispondente)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LUN | MAR | MER | GIO | VEN | SAB | DOM |
| 08.30-12.30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12.30-15.30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15.30-19.30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19.30-00.00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 00.00-08.30 |  |  |  |  |  |  |  |

Altre eventuali note sulla disponibilità

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Firma leggibile e per esteso)

La firma autografa deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità (in corso di validità) del dichiarante