

## **CASTEGNATO SERVIZI SRL**

**Società interamente partecipata dal Comune di Castegnato**

Via Trebeschi n. 8 - 25045 CASTEGNATO (BS)

C.F. - P. IVA - Reg. Imprese n. 02739590988

Capitale Sociale euro 40.000,00 i.v. - R.E.A. n. 474431

### **SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI ED ESAME PER ASSUNZIONE N. 1 FARMACISTA COLLABORATORE**

La società CASTEGNATO SERVIZI SRL ha necessità di selezionare una persona per la seguente posizione lavorativa:

#### **FARMACISTA COLLABORATORE PRESSO LA FARMACIA COMUNALE**

La posizione offerta prevede:

- a - assunzione diretta con contratto di lavoro dipendente a tempo pieno (38 ore settimanali) e indeterminato;
- b - inquadramento al livello 1 (farmacista collaboratore) del CCNL Farmacie Pubbliche;
- c - retribuzione mensile lorda pari ad euro 1.929,97 mensili;
- d - periodo di prova pari a 90 giorni di calendario dalla data di assunzione.

#### **REQUISITI GENERALI**

Possono partecipare alla selezione coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- a - cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- b - idoneità fisica all'impiego;
- c - laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche;
- d - iscrizione all'Albo dell'Ordine Professionale dei Farmacisti.

#### **DOMANDA DI AMMISSIONE**

La domanda di partecipazione alla selezione dovrà contenere le seguenti dichiarazioni:

- a - la data, il luogo di nascita e la residenza;
- b - il possesso della cittadinanza italiana, o equivalente, o di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- c - i titoli di studio posseduti.

Alla domanda di partecipazione si devono allegare un curriculum formativo-professionale, le certificazioni attestanti il possesso dei requisiti generali cui ai sopraindicati punti c) e d) nonché ogni documento utile ai fini del riconoscimento di punteggio (es. attestati di partecipazione a corsi di specializzazione attinenti al profilo).

Le certificazioni ed i titoli possono essere prodotti in originale o in copia autenticata oppure autocertificati ai sensi di Legge - D.P.R. 28/12/2000 n.445 (si allega modulo di autocertificazione).

### **MODALITA' DI SELEZIONE**

Valutazione dei titoli e prova orale sulle materie inerenti alla disciplina oggetto della selezione nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire.

Per la valutazione dei titoli la Commissione disporrà di complessivi 100 punti suddivisi fra la valutazione dei titoli (30 punti) e la valutazione del colloquio (70 punti).

La data del colloquio è sin da ora fissata per il giorno 06/08/2014; l'eventuale ammissione alla prova orale (nonché l'ora ed il luogo del colloquio) e gli esiti della procedura saranno comunicati tramite posta elettronica certificata.

Per il concorrente dichiarato vincitore la società accerterà d'ufficio il possesso dell'idoneità fisica all'impiego.

La graduatoria di merito dei candidati, formulata dalla Commissione Esaminatrice, sarà valida per 12 mesi dalla data della sua pubblicazione e sarà utilizzata per eventuali coperture di posti che dovessero in tale periodo rendersi disponibili.

Le domande dovranno pervenire entro le ore 12 del 01/08/2014 in busta chiusa riportante all'esterno la dicitura "DOMANDA PER SELEZIONE FARMACISTA C/O CASTEGNATO SERVIZI SRL" e contenente la domanda e i documenti richiesti al seguente indirizzo:

CASTEGNATO SERVIZI SRL - Farmacia Comunale

Via Galileo Galilei n. 7 - 25045 CASTEGNATO (BS)

In caso di invio postale restano a carico dell'interessato gli eventuali disguidi o ritardi nella ricezione del plico di offerta.

Per eventuali chiarimenti i candidati potranno contattare il dott. DIEGO ZORZETTO presso la FARMACIA COMUNALE DI CASTEGNATO o telefonicamente al numero 030-2721861 oppure tramite email all'indirizzo [farcomcastegnato@gmail.com](mailto:farcomcastegnato@gmail.com)

Il presente avviso, nonché lo schema di domanda, è pubblicato sul sito <http://www.comune.castegnato.bs.it>

Castegnato, 17/07/2014

Il Presidente  
dott. AURELIO BIZIOLI

## DICHIARAZIONE

### SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato  
da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni  
penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate  
dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

### DICHIARA

- di essere in possesso del titolo di studio di \_\_\_\_\_ conseguito  
presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a nell'albo/elenco/ordine \_\_\_\_\_ della  
Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di avere la qualifica professionale di \_\_\_\_\_ conseguito  
presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere in possesso del seguente titolo di specializzazione/di abilitazione/di formazione/di  
aggiornamento/di \_\_\_\_\_ conseguito presso  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante

Allegare copia documento di identità

Spettabile

**CASTEGNATO SERVIZI SRL**

Via Trebeschi n. 8

25045 CASTEGNATO (BS)

**SELEZIONE PUBBLICA PER ASSUNZIONE N. 1 FARMACISTA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a alla selezione pubblica per assunzione **n. 1 farmacista collaboratore** presso la farmacia comunale.

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

a - di essere nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

b - di essere residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

c - di essere in possesso della cittadinanza italiana, o equivalente, o in uno dei Paesi dell'Unione Europea, o \_\_\_\_\_;

d - di non avere carichi pendenti né procedimenti penali in corso;

e - di essere in possesso del seguente titolo di studio  
\_\_\_\_\_ conseguito presso  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

f - di essere iscritto/a nell'albo/elenco/ordine \_\_\_\_\_ della  
Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

g - di essere in possesso del seguente indirizzo di posta elettronica certificata  
\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante