

Anlage 1

GESUCH UM ZULASSUNG ZUM AUSWAHLVERFAHREN ALS:

SAN. LEITER/IN ARZT/ÄRZTIN – DIREKTOR/IN DER KOMPLEXEN STRUKTUR FÜR CHIRURGIE BRIXEN-STERZING

Alle in der vorliegenden Bewerbung enthaltenen und abgegebenen Erklärungen, sowie die beigelegten Unterlagen unterliegen den Bestimmungen des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000. Wahrheitswidrige Erklärungen werden im Sinne des Strafgesetzbuches und der einschlägigen Sondergesetze gemäß Art. 76 des genannten Einheitstextes strafrechtlich verfolgt.

Sollte sich aufgrund von Kontrollen ergeben, dass unwahre Erklärungen abgegeben worden sind, verliert der/die Erklärende sämtliche Begünstigungen, die sich aus der aufgrund unwahrer Erklärungen getroffenen Maßnahme ergeben.

Der/die Unterfertigte: _____	geboren am: _____	in: _____
wohnhaft in: _____	PLZ: _____	Provinz: _____
Straße: _____	Nr: _____	Telefonnummer: _____
E-Mail: _____	PEC: _____	Steuernummer: _____

bewirbt sich für obgenannten Auftrag und

zu diesem Zweck erklärt der/die Unterfertigte auf eigene Verantwortung folgendes:

1)	<input type="checkbox"/> dass er/sie die italienische Staatsbürgerschaft besitzt;
	<input type="checkbox"/> dass er/sie Bürger/Bürgerin des folgenden EU-Staates ist: _____
2)	<input type="checkbox"/> dass er/sie in den Wählerlisten der Gemeinde: _____ eingetragen ist;
	<input type="checkbox"/> dass er/sie aus den folgenden Gründen nicht in den Wählerlisten einer Gemeinde eingetragen ist: _____

- 3) dass er/sie **nie** strafrechtlich verurteilt worden ist und **kein** Strafverfahren anhängig hat;
- dass er/sie folgende Strafverfahren **anhängig hat:** _____
- dass gegen ihn/sie folg. Strafurteile **ausgesprochen wurden:** _____
(es sind auch jene Strafurteile anzugeben, für welche die strafbare Handlung als erloschen erklärt wurde oder die Nichterwähnung des Urteils im Strafregister verfügt wurde)
- 4) dass er/sie im Südtiroler Sanitätsbetrieb Dienst leistet /geleistet hat;

- 5) dass er/sie **nie** vom Dienst bei öffentl. Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder nie eine Stelle bei einer öffentl. Verwaltung verloren hat oder ein öffentl. Amt bekleiden darf;
- dass er/sie **aus folgenden Gründen** vom Dienst bei öffentlichen Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder die Stelle verloren hat oder kein öffentliches Amt bekleiden darf:

- 6) dass er/sie zu den Menschen mit Behinderung lt. Art. 1 des Gesetzes Nr. 68 vom 12.03.1999 gehört, seit: _____ (letzte Aktualisierung) Prozentsatz: _____

- 7) dass er/sie im Besitze der **körperlichen Eignung** ist;

- 8) dass er/sie im Besitz folgender **Studientitel** ist (Laureatsdiplom, Facharzt Diplom...):

Titel:	ausgestellt von :	erworben am:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 9) Im Besitze der **Anerkennung** des im Ausland erworbenen **Studientitels** zu sein, welche **von folgender** italienischer Behörde _____ am _____
ausgestellt wurde;

- 10) Im Besitze der **Anerkennung** der im Ausland erworbenen **Spezialisierung** zu sein, welche **von folgender** italienischer Behörde _____ am _____
ausgestellt wurde;

- 11) **Die Anerkennung des im** Ausland erworbenen Studientitels/Spezialisierungsdiploms am _____ an folgender italienischer Behörde _____
eingereicht zu haben;

- 12) Befähigung zur Ausübung des Arztberufs;

- 13) Bescheinigung über die Managementausbildung. Ausgestellt von: _____ Datum: _____

- 14) in folgende **Ärztammer** eingetragen zu sein:

Provinz: _____ Datum: _____ Nr.: _____

- 15) dass er/sie im Besitz des Nachweises der Kenntnisse der italienischen und deutschen **Sprache C1** (ehem. Niveau A), welcher am _____ von der Dienststelle für Zwei- und Dreisprachigkeitprüfungen der Autonomen Provinz Bozen ausgestellt wurde, ist;

16) dass er/sie im Sinne und für die Belange des Art. 20 des D.P.R. vom 26.07.1976, Nr. 752 die vorgesehenen Prüfungen in folgender Sprache ablegen will:

deutsch **italienisch**

17) dass alle Mitteilungen, die das vorliegende Gesuch bzw. eine evtl. Aufnahme betreffen, ausschließlich an folgende Adresse oder zertifizierte E-Mail Adresse (PEC) zu richten sind: _____

Straße _____ Nr. _____, PLZ _____ Ort _____

Der/die Unterfertigte verpflichtet sich eventuelle Adressänderungen unverzüglich bekannt zu geben. Für fehlende Mitteilungen wird keinerlei Verantwortung übernommen.

18) der/die Unterfertigte erklärt, dass **die beigelegten Dokumente dem Original entsprechen.**

Unvollständige Angaben werden nicht berücksichtigt.

Dem Ansuchen müssen auf jeden Fall folg. Dokumente beigelegt werden:

- Schulischer und beruflicher Lebenslauf auf stempelfreiem Papier verfasst, datiert und unterschrieben
- Fotokopie eines gültigen Ausweises
- Bescheinigung der Zugehörigkeit oder der Zuordnung zu einer der drei Sprachgruppen laut Art. 18 D.P.R. Nr. 752 vom 26.07.1976 in geltender Fassung; diese muss spätestens beim Auswahlgespräch als Original und im verschlossenen Umschlag vorgelegt werden

Datum: _____	Unterschrift: _____
------------------------	-------------------------------

Unterlagen, welche im Südtiroler Sanitätsbetrieb aufliegen, bzw. für deren Ausstellung oder Aufbewahrung dieser zuständig ist, werden nur auf spezifische Anfrage von Seiten des Bewerbers mit genauer Angabe aller notwendigen Informationen, welche für die Einholung der Daten notwendig sind, berücksichtigt.

Gemäß Art. 13 der Europäischen Verordnung 2013/679 informieren wir Sie, dass die von Ihnen übermittelten und vom Rechtsinhaber, dem Südtiroler Sanitätsbetrieb, gesammelten Daten ausschließlich für die Aktivierung und Verwaltung von Verfahren im Zusammenhang mit der eventuellen Einstellung und den damit verbundenen Aktivitäten und Verpflichtungen verwendet werden.

Insbesondere sind die angeforderten Daten für diese Verwaltung notwendig um Ihr Ansuchen zu bearbeiten, und ihre Nichtbereitstellung würde es nicht ermöglichen, die für ihre Verwaltung erforderlichen Prozesse zu starten und mit der eventuellen Anstellung fortzuführen.

Die zur Verfügung gestellten Informationen werden nicht weitergegeben, sondern können ausschließlich in Übereinstimmung mit den geltenden Rechtsvorschriften und insbesondere im Rahmen der durch das D.P.R. Nr. 445/2000 u.f.Ä.E. vorgesehenen Kontrollen, an andere öffentliche oder private Subjekte, weitergegeben werden.

In jedem Fall werden alle Verarbeitungsvorgänge ausschließlich von speziell damit Beauftragten und Verantwortlichen durchgeführt. Die Namensliste wird auf Anfrage an die Datenschutzsteuerungsgruppe, bestehend aus dem Datenschutzreferenten und dem Data Protection Officer, zur Verfügung gestellt; die Anfrage kann per E-Mail an die E-Mail-Adresse privacy@sabes.it oder per Einschreiben, adressiert an den rechtlichen Sitz des Rechtsinhabers, Sparkasse-Str. n. 4, 39100 Bozen, gestellt werden.

Als betroffene Person können Sie auch jederzeit die in Art. 15 der Europäischen Verordnung 2016/679 genannten Rechte ausüben, indem Sie sich direkt an die Datenschutzsteuerungsgruppe wenden und eine Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einreichen, wenn Sie glauben, dass Ihre Daten in einer Weise verarbeitet werden, die nicht der geltenden Gesetzgebung entspricht.

Für weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten konsultieren Sie bitte die Allgemeinen Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Bereich "Datenschutz" der Website www.sabes.it.

Anlage 1a

Ersatzerklärung laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000

Der/die Unterfertigte erklärt, bei folgenden öffentlichen Verwaltungen Dienst zu leisten/geleistet zu haben:

Körperschaft/ Verwaltung	Zeitraum (von – bis) genaues Datum angeben	Berufsfigur Einstufung und Angabe der Fachrichtung	Art und Ausmaß des Arbeitsverhältnisses (befristet/unbefristet/freiberuflicher Mitar- beiter/Vollzeit/Teilzeit mit Angabe der Wochenstunden)
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		

Wartestände oder Unterbrechungen sind genau anzugeben:

Grund der Abwesenheit	von:	bis

Datum:	Unterschrift:
---------------	----------------------

Anlage 1b

Ersatzerklärung laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000

Der/die Unterfertigte erklärt, bei folgenden privaten Arbeitgebern Dienst zu leisten/Dienst geleistet zu haben:

Arbeitgeber	Zeitraum (von – bis) genaues Datum angeben	Berufsfigur Einstufung und Angabe der Fachrichtung	Art und Ausmaß des Arbeitsverhältnisses (befristet/unbefristet/freiberuflicher Mitarbeiter/Vollzeit/Teilzeit mit Angabe der Wochenstunden)
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		

Wartestände oder Unterbrechungen sind genau anzugeben:

Grund der Abwesenheit	von:	bis

Datum:	Unterschrift:
---------------	----------------------

Anlage 2

Verzeichnis der beigelegten Dokumente

1)	Lebenslauf
2)	Kopie eines gültigen Ausweises
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
12)	
13)	
14)	
15)	
16)	
17)	
18)	

Der/die Unterfertigte ist sich der vorgesehenen Strafen bewusst, welche im Falle falscher Erklärungen gegen Sie/Ihn angewandt werden (laut D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, Artikel 76) und erklärt, unter eigener Verantwortung, dass die dem Gesuch beigelegten Fotokopien, den Originalen entsprechen.

Datum: <input type="text"/>	Unterschrift: <input type="text"/>
---------------------------------------	--