

Allegato 1

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA SELETTIVA QUALE :

DIR. SAN. MEDICO/A – DIRETTORE/RICE DELLA STRUTTURA COMPLESSA PER ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – OSPEDALE DI VIPITENO

Tutte le dichiarazioni rilasciate e contenute nella presente domanda di ammissione nonché i documenti allegati sono soggetti alle disposizioni del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000. Le dichiarazioni mendaci verranno perseguite penalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come previsto dall'art. 76 del summenzionato testo unico.

Qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade da tutti i benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tale dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a:	nata/o il:	a:
residente a:	CAP:	provincia:
via:	n:	n. tel.:
E-Mail:	PEC:	codice fiscale:

fa domanda per l'incarico succitato ed

a tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

- di essere cittadino/a italiano/a;
 di essere cittadino/a del seguente Stato membro dell'Unione Europea: _____
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di: _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali di un comune per i seguenti motivi: _____
- di non avere **mai** riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali;
 di **essere sottoposto** al seguente procedimento penale: _____
 di aver riportato le seguenti condanne penali (sono da indicare anche le condanne penali per reati che sono stati dichiarati estinti nonché quelle che hanno beneficiato della non menzione nel casellario giudiziale): _____
- di prestare o di aver prestato servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige;

- 5) di **non** essere mai stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso PA (Pubbliche Amministr.az.), o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso PA;
 di essere stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso PA (Pubbliche Amministr.az.), o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso PA per il seguente motivo: _____

- 6) di appartenere ad una delle categorie di cui all'art. 1 della legge n. 68 del 12.03.1999 dalla data (ultimo aggiornamento): _____ percentuale: _____

- 7) di possedere **l'idoneità fisica** all'impiego;

- 8) di essere in possesso dei seguenti **titoli di studio** (diploma di laurea, diploma di specializzazione...):

Titolo:	rilasciato da:	conseguito il:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 9) il **il titolo di studio** conseguito all'estero è stato riconosciuto in Italia dal seguente ente _____ in data _____

- 10) il **diploma di specializzazione** conseguito all'estero è stato riconosciuto in Italia dal seguente ente _____ in data _____

- 11) la richiesta di riconoscimento del titolo di studio/diploma di specializzazione conseguito all'estero **è stata inoltrata** al seguente ente _____ in data _____

- 12) abilitazione all'esercizio della professione medica;

- 13) di essere in possesso del attestato di **formazione manageriale**, rilasciato da: _____ in data: _____

- 14) di essere iscritto all'Ordine dei medici:
Provincia: _____ data: _____ n.: _____

- 15) di essere in possesso dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca **livello C1** (ex livello A) rilasciato in data _____ dall'ufficio Esami di Bi- e Trilinguismo della Provincia Autonoma di Bolzano;

16) ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del D.P.R. n. 752 del 26.07.1976, intende sostenere le previste prove d'esame in lingua:

italiana tedesca

17) tutte le comunicazioni relative alla domanda o ad un'eventuale assunzione dovranno essere fatte esclusivamente al seg. indirizzo o indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

via _____ n. _____, CAP: _____ località: _____

Il/la sottoscritto/a si impegna di comunicare immediatamente eventuali cambiamenti di recapito. Non si assumono responsabilità derivanti dalla mancata comunicazione.

18) il/la sottoscritto/a dichiara che **i documenti allegati corrispondono all'originale.**

Indicazioni incomplete non vengono considerate.

In ogni caso alla domanda devono essere allegati i segg. documenti:

- Curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice, datato e firmato
- Fotocopia di una carta d'identità valida
- Certificazione relativa all'appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppo linguistici ai sensi dell'art. 18 D.P.R. n. 752 del 26.07.1976 e successive modificazioni; essa deve essere prodotta in originale in busta chiusa al più tardi in occasione del colloquio di selezione

Data: _____	Firma: _____
-----------------------	------------------------

Documenti già giacenti in questo Comprensorio Sanitario rispettivamente documenti per l'emissione o la custodia dei quali è competente il Comprensorio Sanitario vengono presi in considerazione solamente su specifica richiesta da parte del candidato/della candidata, con precisa indicazione di tutte le informazioni necessari per il reperimento dei dati.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2013/679, La informiamo che i dati da Lei conferiti e raccolti da parte della Titolare, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, verranno trattati al fine esclusivo dell'attivazione e gestione delle procedure collegate all'eventuale assunzione ed alle attività ed obblighi ad essa connessi.

Nello specifico, i dati richiesti risultano necessari a questa Amministrazione per trattare la Sua domanda ed il loro mancato conferimento non permetterà di avviare i processi indispensabili per la sua gestione e di procedere con l'eventuale assunzione.

Le informazioni fornite non saranno diffuse ma potranno, invece, essere comunicate ad altri soggetti, di natura pubblica o privata, esclusivamente nel rispetto della normativa vigente ed, in particolare, nell'ambito dei controlli previsti dal D.P.R. n. 445/2000 succ. mod. ed int.

Tutte le operazioni di trattamento sono in ogni caso eseguite esclusivamente da soggetti appositamente designati Incaricati e Responsabili. L'elenco nominativo è reso disponibile previa richiesta alla Cabina di Regia Privacy, composta dalla Referente Privacy e dal Data Protection Officer, contattabili inviando una mail all'indirizzo di posta elettronica privacy@sabes.it ovvero a mezzo lettera raccomandata presso la sede legale della Titolare, in via Cassa di Risparmio n. 4, 39100 Bolzano.

In qualità di persona Interessata Lei può inoltre in ogni momento esercitare i diritti indicati dall'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679, rivolgendosi direttamente alla Cabina di Regia Privacy e proporre reclamo al Garante Privacy qualora ritenga che i Suoi dati siano trattati in modalità non conforme alla normativa vigente.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei Suoi dati personali può consultare l'Informativa generale sul trattamento dei dati personali presente nella sezione "privacy" della pagina web www.sabes.it.

Allegato 1a

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritto/a dichiara di prestare/di aver prestato servizio presso i seguenti enti pubblici:

Ente/ Amministrazione	periodo (dal – al) indicare la data precisa	figura professionale Inquadramento con indicazione della disciplina	tipo e dimensione del rapporto di lavoro (tempo determinato/indeterminato/incarico libero professionale/tempo pieno/part-time con indicazione delle ore settimanali)
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		

Periodi di aspettativa o interruzioni di servizio sono da specificare:

Motivo dell'assenza:	dal:	al:

Data:	Firma:
--------------	---------------

Allegato 1b

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritto/a dichiara di prestare/di aver prestato servizio presso i seguenti datori di lavoro privati:

Datore di lavoro	periodo (dal - al) indicare la data precisa	figura professionale Inquadramento con indicazione della disciplina	tipo e dimensione del rapporto di lavoro (tempo determinato/indeterminato/incarico libero professionale/tempo pieno/part-time con indicazione delle ore settimanali)
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		

Periodi di aspettativa o interruzioni di servizio sono da specificare:

Motivo dell'assenza:	dal:	al:

Data:	Firma:
--------------	---------------

Allegato 2

Elenco dei documenti allegati

1)	Curriculum
2)	Fotocopia di una carta d'identità valida
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
12)	
13)	
14)	
15)	
16)	
17)	
18)	

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 previste in caso di dichiarazioni mendaci dichiaro sotto la mia responsabilità che le fotocopie presentate unitamente all'istanza ed indicate nell'elenco di cui sopra sono conformi all'originale in mio possesso.

Data: <input type="text"/>	Firma: <input type="text"/>
--------------------------------------	---------------------------------------