**FACSIMILE DOMANDA**

(da redigere in carta semplice)

All’Amministrazione

dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) RHODENSE

Viale Forlanini, 95

20024 GARBAGNATE MILANESE

Il sottoscritto .......................................... chiede di poter partecipare all’avviso pubblico per titoli e colloquio per la costituzione del rapporto di lavoro a tempo determinato della durata di **mesi diciotto, per**  **n. 1 posto di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – ORTOTTISTA (CAT.D).**

**A tal fine, *consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000*,**

**dichiara di:**

1. essere nato a................... il………………….... e di risiedere a............................ in Via…………………………………………………..…..;
2. di possedere la cittadinanza:

* italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti. Sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;
* di uno dei Paesi dell’Unione Europea;
* familiare di cittadino degli Stati membri dell’Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro dell’Unio­ne Europea, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
* cittadino di Paesi terzi all’Unione Europea titola­re del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lun­go periodo o titolare dello status di «rifugiato» o di «protezione sussidiaria».

1. essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ………………………... (ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi.............................................);
2. non aver riportato condanne penali, (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali .................................);
3. essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione ......................................;
4. essere in possesso del seguente titolo di studio ......................................;
5. essere iscritto all’albo professionale di…………………....... (ove richiesto);
6. prestare oppure avere o non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (in caso di cessazione del rapporto di lavoro indicare la causa);

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

via ............... CAP..... CITTÀ’ ........... telefono ......e-mail……………

Data ...... FIRMA ................................................................

**N.B.**

Alla domanda di partecipazione all’avviso, i concorrenti devono allegare tutte le certificazioni relative al possesso dei requisiti specifici nonché gli altri titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito, ivi compreso un curriculum formativo e professionale, datato e firmato.

Alla domanda deve essere unito, in triplice copia ed in carta semplice, un elenco dei documenti, delle pubblicazioni e dei titoli presentati.

La domanda di partecipazione e le dichiarazioni sostitutive di cui all’unito MODULO 1 non necessitano dell’autenticazione se sottoscritte dall’interessato avanti al funzionario addetto ovvero inviate unitamente alla fotocopia di documento di riconoscimento.

**MODULO 1**

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA’

**(artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art.76 del D.P.R. n. 445/2000,**

**DICHIARA**

* **di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio**:

Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso l’ Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Altri titoli** **di studio**:

(Laurea/Master/…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* **di avere prestato i seguenti servizi**:

SERVIZI  PRESTATI PRESSO AZIENDE SANITARIE E ALTRI ENTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE:

Denominazione .………………………………………………………….…..…………….….…….

Indirizzo completo ……………..………………………………………………………………...…

Profilo e categoria di inquadramento………………………………………………………….…….

Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ….…./……./……… fine ….…../………./………

□ Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;

□ Rapporto di lavoro subordinato Tempo determinato;

□ Contratto libero – professionale;

□ Collaborazione Coordinata e Continuativa;

□ Tempo pieno;

□ Tempo parziale (n. ore settimanali)…………..

□ Borsa di Studio;

□ Altro ……………;

ESPERIENZE LAVORATIVE PRESSO PRIVATI

Denominazione.………………………………………………………….…..…………….….…….

Indirizzo completo ……………..………………………………………………………………...…

Profilo e categoria di inquadramento………………………………………………………….…….

Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ….…./……./……… fine ….…../………./………

□ Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;

□ Rapporto di lavoro subordinato Tempo determinato;

□ Contratto libero – professionale;

□ Collaborazione Coordinata e Continuativa;

□ Tempo pieno;

□ Tempo parziale (n. ore settimanali)…………..

□ Borsa di Studio;

□ Altro ……………;

* **di aver partecipato a n. \_\_\_\_\_\_ corsi di aggiornamento attinenti materie sanitarie e precisamente (indicare la denominazione del corso, l’Ente erogante, il periodo di svolgimento e la durata del corso):**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **che le copie dei seguenti documenti uniti alla presente dichiarazione sono conformi agli originali:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **altro**:  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo, data ...........................................

firma per esteso del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell’art. 13 del DLgs. n. 196/2003: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse al procedimento concorsuale.

**MODULO 2**

**Informativa per il trattamento dei dati personali (art.13 D.lgs. 196/03)**

L’ASST- RHODENSE in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi dell’art 13 del D.lgs n.196 del 30/06/03, La informa che i dati personali (\*) e sensibili (\*\*) acquisiti saranno utilizzati per le finalità inerenti l’espletamento delle **procedure concorsuali/selettive.**

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici, comunque idonei a garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi, ad opera di incaricati dell’Azienda Ospedaliera appositamente autorizzati, nel rispetto dell’ambito del trattamento stabilito in relazione alle proprie mansioni.

I dati personali relativi alla graduatoria (ad esempio: nominativo, posizione, punteggio) per la costituzione dell’eventuale rapporto di lavoro a tempo indeterminato, così come previsto da normative vigenti, saranno oggetto di diffusione mediante pubblicazione sul BURL, nonché oggetto di comunicazione in Regione per consentire l’eventuale utilizzo della graduatoria.

Il Titolare del Trattamento è l’ASST RHODENSE, con sede legale in Viale Forlanini 95, 20024 Garbagnate Milanese (MI). Lei, in qualità di interessato al trattamento, potrà rivolgersi al Responsabile del Trattamento, nella figura del Responsabile dell’U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale dell’ASST RHODENSE - Viale Forlanini 95, 20024 Garbagnate Milanese, per far valere i Suoi diritti, previsti dall’art. 7 del Codice, tra i quali, in particolare, citiamo a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettifica, ovvero, qualora vi abbia interesse, l’integrazione dei dati.

*(\*) Per dato personale si intende qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.*

*(\*\*) Per dati sensibili si intendono “i dati personali idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale” (lett. d, comma 1, art.4 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).*

**Garbagnate Milanese, …………………………… Firma per consenso ……………………………………………**