**FACSIMILE DOMANDA - ALL. 1 -**

(da redigere in carta semplice)

All’Amministrazione dell’A.S.S.T. RHODENSE

Viale Forlanini, 95 20024 GARBAGNATE MILANESE

Il sottoscritto .......................................... chiede di poter partecipare all’avviso pubblico di mobilità regionale ed interregionaleper la costituzione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato per **n. 1 posto di DIRIGENTE MEDICO, DISCIPLINA DI CURE PALLIATIVE – AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI, DA ASSEGNARE ALL’U.O.C. DI CURE PALLIATIVE, HOSPICE E MEDICINA DEL DOLORE.**

***A tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace,***

***dichiara di:***

1. essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. essere cittadino italiano ovvero di essere in possesso della cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell’Unione europea, di seguito indicata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. essere in possesso del seguente titolo di studio (laurea) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

* ai sensi del D.Lgs. 257/91
* ai sensi del D.Lgs n. 368/99;

(barrare la casella corrispondente ai fini della valutazione del titolo ai sensi dell’art. 27 – comma 7 del D.P.R. 483/1997);

1. di essere in possesso della certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative, ai sensi del Decreto 4.6.2015 del Ministero della Salute, pubblicato in GU n. 150 dell’1.7.2015;
2. essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. prestare servizio a tempo indeterminato e a tempo pieno presso la seguente pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di Dirigente Medico disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di avere superato il periodo di prova previsto dalla vigente normativa;
5. barrare la/e casella/e corrispondenti alla propria situazione personale:

* non aver riportato condanne penali alla data di scadenza del presente bando;
* avere riportato le seguenti condanne penali

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

(allegare copia della sentenza d’irrogazione unitamente alla dichiarazione che la stessa è conforme all’originale ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000);

* non avere procedimenti penali in corso alla data di scadenza del presente bando;
* avere procedimenti penali in corso alla data di scadenza del presente bando;

1. essere stato destinatario delle seguenti sanzioni disciplinari:

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

1. avere in corso procedimenti disciplinari;

(specificare quali) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. essersi assentato dal servizio, per malattia e nell’ultimo anno per \_\_\_\_\_\_ giorni complessivi (calcolati a ritroso dalla data di scadenza del bando);
2. avere conseguito una valutazione positiva nell’ultimo triennio;
3. godere dei benefici di cui all’art.33 della Legge 104/1992;
4. godere dei benefici di cui all’art.79 del D.Lgs. 267/2000;
5. essere collocato in distacco sindacale a tempo pieno o parziale;
6. essere in possesso dell’idoneità totale a tutti i compiti che rientrano nelle mansioni connesse al profilo professionale di appartenenza;

***dichiara altresì di:***

1. avere prestato servizio presso le seguenti pubbliche amministrazioni nel profilo professionale/disciplina e con l’impegnativa oraria di seguito indicate:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AMMINISTRAZIONE** | **PROFILO PROFESSIONALE E DISCIPLINA** | **PERIODO DI SERVIZIO** | **IMPEGNATIVA ORARIA**  (specificare se a tempo pieno o a tempo parziale, precisando, in quest’ultimo caso la percentuale oraria o le ore settimanali) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ CITTÀ’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.** si ricorda di allegare la documentazione di cui al punto 2)

**- ALL. 2 -**

### 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**

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

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

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

(indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all’esatta individuazione delle situazioni certificate; in particolare, relativamente ai servizi prestati presso enti pubblici o privati, indicare analiticamente l’ente, la qualifica, l’impegnativa oraria ed i periodi nei quali si è prestato il relativo servizio).

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

firma per esteso del dichiarante..........................................

**- ALL. 3 -**

**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 o altra Azienda richiedente, 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 in 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 ……………………………………………**