**FACSIMILE DOMANDA** (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 al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 1 posto di Collaboratore Amministrativo Professionale (cat. D).

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76, nonché di quanto stabilito dall’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

1. essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. essere cittadino italiano ovvero cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell’Unione europea di seguito riportato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
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. non aver riportato condanne penali, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. 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 il candidato dovrà allegare:

* Tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito, in originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, utilizzando l’ unito modulo 1 a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare,;
* Curriculum formativo e professionale, datato e firmato
* Elenco delle pubblicazioni e dei titoli presentati.
* Quietanza comprovante l'avvenuto versamento della tassa di ammissione al concorso non rimborsabile di € 7,75#
* Copia di un documento di identità.

**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 …………….......... 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 di:**

* **Diploma di istruzione secondaria di secondo grado (maturità) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **avere diritto a riserva, precedenza o preferenza nell’ordine della graduatoria finale per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **di avere prestato/prestare i seguenti servizi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESSO AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE IN QUALITA’ DI DIPENDENTE (rapporto di lavoro subordinato)** | | | | |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa  oraria  settimanale** | **dal  gg/mm/aa** | **al  gg/mm/aa** |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
| **PRESSO AZIENDE PRIVATE IN QUALITA’ DI DIPENDENTE (rapporto di lavoro subordinato)** | | | | |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa  oraria  settimanale** | **dal  gg/mm/aa** | **al  gg/mm/aa** |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESSO AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE O AZIENDA PRIVATE CON RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO** | | | | |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa  oraria  settimanale** | **dal  gg/mm/aa** | **al  gg/mm/aa** |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

* **di aver partecipato a corsi di aggiornamento, congressi, seminari etc, come di seguito dettagliato:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE UDITORE** | | | | |
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA  DI  SVOLGIMENTO** | **LUOGO  DI  SVOLGIMENTO** | **Esame finale**  **(si/no)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE RELATORE** | | | | |
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA  DI  SVOLGIMENTO** | **LUOGO  DI  SVOLGIMENTO** | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

* **che le pubblicazioni di seguito dettagliate, ed allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali in mio possesso:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LAVORI SCIENTIFICI (ALLEGARE COPIA DELLE PUBBLICAZIONI)** | | | |
| **N.** | **TITOLO DEL LAVORO** | **RIVISTA PUBBLICANTE** | **DATA PUBBLICAZIONE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **di essere inserito negli appositi elenchi previsti dall'art. 8 della L.68/1999 presso il seguente centro mirato per il collocamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (indicare la sede provinciale di iscrizione);
* **di essere persona portatrice di handicap con invalidità del\_\_\_\_\_\_\_\_% e pertanto di non dover sostenere la prova preselettiva e/o di necessitare in sede di esame dei seguenti ausili\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nonché dei seguenti tempi aggiuntivi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (allegare certificazione medica attestante il grado di invalidità e lo specifico handicap che giustifica l'esonero dalla prova preselettiva e la necessità di ausili e tempi aggiuntivi con la specifica degli stessi);
* **altro:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **la/le copia/e dei documenti allegata/e alla presente domanda sono conformi all’/agli originale/i.**

luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| ASST_Rhodense_small | **AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE**  Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI) |

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**AL PERSONALE NEOASSUNTO**

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 (di seguito Regolamento UE), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, si forniscono le seguenti informazioni:

• **Titolare del Trattamento:** il Direttore Generale dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense (ASST), i cui dati di contatto sono riportati in calce.

• **Responsabile della Protezione dei dati:** nominato con Deliberazione del Direttore generale n. 41 del 25/01/2018, è Veronica Bruno, contattabile ai seguenti recapiti: e-mail: privacy@asst-rhodense.it - Tel: 02.99430.1859/2034.

• **Finalità**: i Suoi dati personali ed eventuali dati relativi alla salute, da Lei forniti mediante la documentazione presentata per la procedura di assunzione/mobilità, per la costituzione di altre tipologie di rapporti, o acquisiti successivamente, in relazione alla gestione della Sua posizione con l’ASST, saranno oggetto di trattamento per finalità relative agli adempimenti connessi alla gestione del rapporto di lavoro (dipendente e non) o alla gestione di altre tipologie di rapporti con l’ASST (ad esempio, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: frequentatori, tirocinanti, specializzandi, stagisti, etc.).

**• Categorie dei dati trattati:**

- dati personali

- dati relativi alla salute

- dati genetici

- dati giudiziari

**• Destinatari dei dati**: i dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi.

I dati personali acquisiti potranno essere comunicati, in relazione ad uno specifico obbligo di legge, di regolamento o di contratto, sempre nel rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, a soggetti terzi quali: enti assicurativi, assistenziali, società assicurative, centri di elaborazione dati, collegi professionali, enti di controllo nazionali, regionali e locali (Ministero della Sanità, Regione Lombardia, ATS, etc.).

**• Periodo di conservazione:** i tempi minimi di conservazione dei dati sono definiti dal Massimario di scarto della documentazione del Sistema Socio Sanitario regionale lombardo vigente, approvato con Decreto della Giunta Regionale.

• **Base giuridica:** i dati saranno oggetto di trattamento sulla base di uno dei seguenti presupposti:

- il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte;

- il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento;

- il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.

**• Diritti dell’interessato:** Lei potrà rivolgersi al Titolare del trattamento per far valere i Suoi diritti, previsti dagli artt. 15 e 16 del Regolamento UE, tra i quali, a titolo esemplificativo, l’accesso, la rettifica, l’aggiornamento, l’integrazione.

**• Reclami:** Lei può presentare reclamo indirizzando l’istanza all’Ufficio Relazioni con il Pubblico dell’ASST, con sede in Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese, tel. 02.994301814 - email: [urp@asst-rhodense.it](mailto:urp@asst-rhodense.it).

**Il Titolare del trattamento dei dati**

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

**DIRETTORE GENERALE DELL’ASST**

**Sede Legale: viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese – Tel.02.994.301 – Cod. Fisc. e Part. IVA: 09323530965**

**posta elettronica certificata:** [**protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it**](mailto:protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it) **– Sito web:** [**www.asst-rhodense.it**](http://www.asst-rhodense.it)

**PUBBLICATO NEL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LOMBARDIA N. 29 DEL 19.7.2019 E NELLA GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUB­BLICA ITALIANA N. 64 DEL 13.8.2019.**

**SCADENZA: giorno 12 settembre 2019**