**FACSIMILE DOMANDA** (da redigere in carta semplice)

All’Amministrazione

dell’A.S.S.T. RHODENSE

Viale Forlanini,95

20024 GARBAGNATE MILANESE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di poter partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 4 posti di Operatore Socio Sanitario (Bs), bandito da codesta Azienda.

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:

* **di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **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».**
* **essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **non aver riportato condanne penali;**
* **di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **essere in possesso dell’attestato professionale di Operatore Socio Sanitario rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **essere in possesso dei seguenti titoli di studio:**
* **Diploma di istruzione secondaria di primo grado (scuola media) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **non avere prestato servizio presso pubbliche Amministrazioni;**
* **avere prestato servizio presso pubbliche Amministrazioni. Il rapporto di lavoro è cessato per il seguente motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **prestare servizio presso la seguente pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **di avere prestato/prestare i seguenti servizi:**

|  |
| --- |
| **PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE IN QUALITA’ DI DIPENDENTE** |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE**  | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
| **PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE IN QUALITA’ DI DIPENDENTE** |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE**  | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|   |   |   | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE/ALTRO – LIBERA PROFESSIONE** |
| **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.**

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

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTÀ’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**N.B.** Alla domanda il candidato dovrà allegare:

* ELENCO DEI DOCUMENTI, dei titoli e delle pubblicazioni presentate;
* Curriculum formativo e professionale, datato e firmato
* Gli eventuali titoli comprovanti il diritto di preferenza e/o precedenza previsti all’art. 5 D.P.R. 487/94 e ss.mm.ii.;
* Eventuale documentazione sanitaria comprovante lo stato di invalidità con la relativa percentuale e/o la necessità di ausili o tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove in relazione al proprio handicap.
* Quietanza comprovante l'avvenuto versamento della tassa di ammissione al concorso non rimborsabile di € 7,75#
* Permesso di soggiorno per cittadini extracomunitari

|  |  |
| --- | --- |
| 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.

**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** **– Sito web:** [**www.asst-rhodense.it**](http://www.asst-rhodense.it)

**PUBBLICATO NEL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LOMBARDIA N. 9 DEL 27.02.2019 E NELLA GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUB­BLICA ITALIANA N. 23 DEL 22.03.2019 .**

**SCADENZA: giorno 23 APRILE 2019**