**FACSIMILE DOMANDA**

(da redigere in carta semplice)

Al Direttore Generale

dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale

(ASST) Rhodense

Viale Forlanini n. 95

20024 - GARBAGNATE MILANESE (MI)

Il sottoscritto ........................................................................... chiede di poter partecipare **all’avviso di**  **una procedura per la formazione di un elenco di personale idoneo per il conferimento di n. 2 incarichi libero professionale aperto a Medici in possesso di specializzazione in NPIA o Psichiatra per l’attuazione del Progetto di NPIA “Presa in carico integrata di adolescenti con disturbi psichiatrici – G031”**

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

**DICHIARA DI :**

essere nato a...................................... provincia (......), il.................... e di risiedere a ………………………….... provincia.(….) in via.............................................., n. ........... c.a.p…….; C.F. …………………………….; e-mail: …………………………; telefono:………………………….; P.IVA:…………………………………..;

* essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
* essere appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
* essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ..........................................................................................................;
* non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi ................................................;
* essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:
* diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso ……………………………………………….……… il …………..………….;
* Diploma di Specializzazione in …………….. conseguito presso……………………………………il……………………………….;
* Iscrizione all’Albo dell’Ordine dei Medici Chirurghi di………………………n……………..del……………………….;
* aver maturato esperienza professionale di diagnosi e cura dei disturbi psichiatrici in adolescenza presso strutture di enti sanitari del SSN o privati accreditati presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
* non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati;
* non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* aver riportato le seguenti condanne penali ....................................................................................................................;
* essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
* non trovarsi in situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità come previsto dalla legge 190/2012, art. 1, comma 42, lettera h;
* possedere idoneità fisica all’impiego;
* non trovarsi nelle condizioni di cui all’art. 5, co. 9, del DL 95/2012, convertito in L. 135/2012, e s.m.i (lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza);
* sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni dell’Azienda, ivi incluso il Codice Etico comportamentale, il Codice di Comportamento del Personale, il Piano Aziendale di prevenzione della Corruzione.

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

via ......................................... Cap……. Città .......................prov. (……) tel.: ........................... indirizzo e-mail : ……………

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

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

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 - tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;

Modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell’art.13 del Regolamento Europeo n.2016/679 (Modulo 2 allegato al presente bando).

Curriculum formativo e professionale, datato e firmato

Elenco in duplice copia di tutti i titoli e documenti presentati.

Copia di un documento di identità in corso di validità.

**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 diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso ……………………………………………….……… il …………..………….;
* di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in …………….. conseguito presso……………………………………il……………………………….;
* di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici Chirurghi di………………………n……………..del……………………….;
* di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
* di essere appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
* **di aver prestato i seguenti servizi presso (indicare con precisione escludendo eventuali periodi di aspettativa/sospensioni):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **STRUTTURE PUBBLICHE** | | | | | | | |  | **QUALE DIPENDENTE** | | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** | | **Periodo** | | | **Amministrazioni** | **Indicare qualifica** | **Rapp. lav. TP/PT -**  **%** | **Indicare**  **Professionalità** | **n. ore sett.** | **Dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | | **STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE/CONVENZIONATE CON IL S.S.N.** | | | | | | | |  | **QUALE DIPENDENTE** | | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** | | **Periodo** | | | **Amministrazioni** | **Indicare qualifica** | **Rapp. lav. TP/PT -**  **%** | **Indicare**  **Professionalità** | **n. ore sett.** | **Dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | **STRUTTURE PRIVATE** | | | | | | | |  | **QUALE DIPENDENTE** | | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** | | **Periodo** | | | **Amministrazioni** | **Indicare qualifica** | **Rapp. lav. TP/PT –**  **%** | **Indicare**  **Professionalità** | **n. ore sett.** | **Dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
|  |
| * **di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari, come di seguito indicato:**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **N.** | **TITOLO** | **giorno/mese/anno** | **luogo svolgimento** | **crediti ECM** | | 1 |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  | | 6 |  |  |  |  |  * **di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari, come di seguito indicato:**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **N.** | **TITOLO** | **giorno/mese/anno** | **luogo svolgimento** | **crediti ECM** | | 1 |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  | | 6 |  |  |  |  | | 7 |  |  |  |  | | 8 |  |  |  |  | | 9 |  |  |  |  |  * **che le copie dei seguenti lavori scientifici editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione), allegate alla presente dichiarazione sono conformi all’originale;**   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...   * **che le copie dei seguenti documenti (oltre alle pubblicazioni di cui sopra) allegate alla presente dichiarazione sono conformi all’originale**;   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...   * **Altro (indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all’esatta individuazione delle situazioni certificate ivi compresi eventuali attività indicate quali requisiti preferenziali)**   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….  …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………... |

.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegare obbligatoriamente:**

1. **fotocopia (fronte/retro) non autenticata di un documento di identità in corso di validità.**

**MODULO 2**

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

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