**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. 2 posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (Cat. D).

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

**DICHIARA**

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………………….......;
6. essere in regola con l’adempimento dell’obbligo vaccinale (sars cov-2), ai sensi dell’art. 4 del D.L. n. 44 dell’1.4.2021.
7. di aver preso visione del testo integrale del bando e di accettare senza riserve tutte le condizioni in esso contenute;
8. 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 al concorso, 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 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* **Iscrizione Albo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **di avere prestato 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.**

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:** l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense nella persona del Legale Rappresentante pro tempore con sede legale in Viale Forlanini 95 – 20024 Garbagnate Milanese. PEC:

protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

**Responsabile della Protezione dei dati:** dati di contatto:

e-mail responsabileprotezionedati@asst-rhodense.it – Tel.: 02.994302215.

**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**: può rivolgersi al Titolare del trattamento per far valere i Suoi diritti, previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE, tra i quali, a titolo esemplificativo, l’accesso, la rettifica, l’aggiornamento, l’integrazione.

**Reclami:** 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.

**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. 5 DEL 02/02/2022 E NELLA GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUB­BLICA ITALIANA N. 19 DEL 8/03/2022.**

**SCADENZA: giorno 07 aprile 2022**