**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 pubblico, di procedura comparativa, per soli titoli, per il conferimento di **UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI DI CONSULENZA FISCALE E TRIBUTARIA AZIENDALE**

**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 Specialistica nella classe n.64/S o Laurea Magistrale nella classe LM 56 (scienze dell'economia), Diploma di Laurea Specialistica nella classe n. 84/S o Laurea Magistrale nella Classe LM 77 (scienze economico aziendali) ovvero Diploma di Laurea rilasciato dalla Facoltà di Economia secondo l'ordinamento previgente ai decreti emanati in attuazione dell'art.17, comma 95, della legge 15 maggio 1997 n. 127, oppure Diploma di Laurea in Scienze Politiche o Diploma di Laurea in Giurisprudenza;
* Abilitazione all'esercizio della Professione di Dottore Commercialista;
* Iscrizione all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili;
* 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);
* autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679 e s.m.i.;
* sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni dell’Azienda, ivi incluso il Codice di Comportamento del Personale, il Piano Aziendale di prevenzione della Corruzione e della trasparenza;

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;**
* **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 del diploma di Laurea Magistrale/Specialistica in …….., conseguito presso …………………………………………… …………………………………………………..........…………………..................................................... in data…......................................;
* di essere iscritto all’Albo Professionale dell’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili della Provincia di …………………………………………..…..………. dal……………………………………… al n…………………..;
* di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di Dottore Commercialista, conseguita presso ………………………………………………. in data …………………………………………………………..;
* 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 comprendendo il servizio richiesto quale requisito di ammissione):**

|  |
| --- |
| **STRUTTURE PUBBLICHE** |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** |  |  |  |
| **Amministrazioni****(DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L’INCARICO)** | **Indicare qualifica**  | **Rapporto****Lavoro TP/PT** **%** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **(specificare date esatte: giorno mese anno)****PERIODO DAL \_\_ AL\_\_­­** |
|  |  |  |  |  | Dal ……/……/…….Al ……./……/…….. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE/CONVENZIONATE CON IL S.S.N.** |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** |  |  |  |
| **Amministrazioni****(DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L’INCARICO)** | **Indicare qualifica**  | **Rapporto****Lavoro TP/PT** **%** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **(specificare date esatte: giorno mese anno)****PERIODO DAL \_\_ AL\_\_­­** |
|  |  |  |  |  | Dal ……/……/…….Al ……./……/…….. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **STRUTTURE PRIVATE**  |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** |  |  |  |
| **Amministrazioni****(DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L’INCARICO)** | **Indicare qualifica**  | **Rapporto****Lavoro TP/PT** **%** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **(specificare date esatte: giorno mese anno)****PERIODO DAL \_\_ AL\_\_­­** |
|  |  |  |  |  | Dal ……/……/…….Al ……./……/…….. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
|  |
| * **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 oltre a quelle già sopra dichiarate: es. altri titoli di studio)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......... …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………. …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………. …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………... |

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

**Allegare obbligatoriamente:**

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

 **ALLEGATO N. 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: 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: 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