

BEWERBUNG UM ZULASSUNG ZUM ÖFFENTLICHEN WETTBEWERB ALS:

SANITÄRE/R LEITER/IN ARZT/ÄRZTIN, FACHRICHTUNG KLINISCHE PATHOLOGIE (LABOR FÜR CHEMISCH-KLINISCHE UNTERSUCHUNGEN UND MIKROBIOLOGIE)

Alle in der vorliegenden Bewerbung enthaltenen und abgegebenen Erklärungen, sowie die beigelegten Unterlagen unterliegen den Bestimmungen des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000. Wahrheitswidrige Erklärungen werden im Sinne des Strafgesetzbuches und der einschlägigen Sondergesetze gemäß Art. 76 des genannten Einheitstextes strafrechtlich verfolgt.

Sollte sich aufgrund von Kontrollen ergeben, dass unwahre Erklärungen abgegeben worden sind, verliert der/die Erklärende sämtliche Begünstigungen, die sich aus der aufgrund unwahrer Erklärungen getroffenen Maßnahme ergeben.

Der/die Unterfertigte:	geboren in:	am:
wohnhaft in:	PLZ:	Provinz:
Straße:	Nr:	Telefonnummer:
E-Mail:	PEC:	Steuernummer:

bewirbt sich für obgenannte Stelle. Zu diesem Zweck erklärt der/die Unterfertigte auf eigene Verantwortung folgendes:

- 1) ☐ dass er italienischer Staatsbürger oder Staatsbürger folgendes EU-Staates ist:
☐ Anspruchsberechtigt lt. Art. 38 des GvD Nr. 165/2001:
(Dokument, welches obgenanntes Recht belegt, z.B. Aufenthaltsgenehmigung, muss beigelegt werden)

- 2) ☐ dass er/sie in den Wählerlisten der Gemeinde: eingetragen ist;
☐ dass er/sie aus den folgenden Gründen nicht in den Wählerlisten einer Gemeinde eingetragen ist:

- 3) ☐ dass er nie strafrechtlich verurteilt worden ist und kein Strafverfahren anhängig hat;
☐ dass gegen ihn folgende Strafurteile ausgesprochen wurden:

(die in Art. 24 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 7 des D.P.R. Nr. 313 vom 14. November 2002 genannten Eintragungen sind nicht anzugeben)

- 4) ☐ dass er/sie im Südtiroler Sanitätsbetrieb Dienst leistet /geleistet hat;

5) ☐ dass er nie vom Dienst bei öffentlichen Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder nie eine Stelle bei einer öffentlichen Verwaltung verloren hat oder ein öffentliches Amt bekleiden darf;

☐ dass er aus folgenden Gründen vom Dienst bei öffentlichen Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder die Stelle verloren hat oder kein öffentliches Amt bekleiden darf:

6) ☐ dass er/sie im Besitze der körperlichen Eignung ist;

7) ☐ dass er/sie einer geschützten Personengruppe angehört (Art. 1 Gesetze Nr. 68/99). Datum der letzten Aktualisierung: Invaliditätsgrad:

☐ dass er/sie arbeitslos und in die entsprechenden Listen des Arbeitsamtes von (Provinz oder anderen territorialen Bereich der Einschreibung angeben) eingetragen ist.

☐ ja ☐ nein

8) dass er/sie, aufgrund seiner/ihrer Behinderung, laut Gesetz Nr. 104 vom 05.02.1992:

☐ mehr Zeit für die Durchführung der Prüfung benötigt;

☐ folgende Hilfsmittel für die Durchführung der Prüfung benötigt:

Die nötigen sanitären Unterlagen müssen dem Gesuch beigelegt werden!

9) ☐ dass er/sie im Besitz folgenden Studientitel ist:

Magisterstudiengangs (anzuführen wie auf dem Diplom/Zeugnis angegeben)

(es ist verpflichtend den von der Ausschreibung angegebenen Titel zu bestätigen)

Studienklasse ausgestellt am

ausgestellt von (Bildungseinrichtung samt Anschrift angeben):

☐ dass er/sie im Besitz der Facharztausbildung im Fachbereich:

ist

ausgestellt von (Bildungseinrichtung samt Anschrift angeben):

ausgestellt am

10) ☐ sich im Jahr der Facharztausbildung im Fachbereich in folgender Ausbildungseinrichtung zu befinden;

11) ☐ Im Besitze der Anerkennung des im Ausland erworbenen Studientitels zu sein, welche von folgender italienischer Behörde _____ am _____ ausgestellt wurde;

12) ☐ Im Besitze der Anerkennung der im Ausland erworbenen Spezialisierung zu sein, welche von folgender italienischer Behörde _____ am _____ ausgestellt wurde;

13) ☐ Die Anerkennung des im Ausland erworbenen Studientitels/Spezialisierungsdiploms am _____ an folgender italienischer Behörde _____ eingereicht zu haben;

14) ☐ in folgende Ärztekammer eingetragen zu sein:

Provinz: _____ Datum: _____ Nr.: _____

15) ☐ dass er/sie im Besitz des Nachweises der Kenntnisse der italienischen und deutschen Sprache Niveau C1 (ehemalige Gruppe „A“), welcher am _____ von der Dienststelle für Zwei- und Dreisprachigkeitsprüfungen der Autonomen Provinz Bozen ausgestellt wurde, ist

16) dass er im Sinne und für die Belange des Art. 20 des D.P.R. vom 26.07.1976, Nr. 752 die vorgesehenen Prüfungen in folgender Sprache ablegen will:

☐ deutsch

☐ italienisch

17) Der Unterfertigte erklärt, dass er in folgenden Rangordnungen eingetragen werden möchte (der Bewerber kann einen oder mehrere Bezirke ankreuzen)

☐ Gesundheitsbezirk Bozen

☐ Gesundheitsbezirk Brixen

☐ Gesundheitsbezirk Meran

☐ Gesundheitsbezirk Bruneck

18) Der Unterfertigte erklärt weiters, dass er für die Besetzung folgender Stellen zur Verfügung steht:

☐ nur Vollzeit

☐ nur Teilzeit

☐ beide

19) Der Unterfertigte erklärt weiter, dass er für befristete Aufträge (Vertretungsaufträge) zur Verfügung steht:

☐ nur Vollzeit

☐ nur Teilzeit

☐ beide

20) dass alle Mitteilungen, die das vorliegende Gesuch bzw. eine evtl. Aufnahme betreffen, ausschließlich an folgende Adresse zu richten sind:

- ☐ E-Mail-Adresse:
- ☐ Zertifizierte E-Mail (PEC):
- ☐ Postanschrift: Straße Nr.
Ort PLZ

21) ☐ der Unterfertigte erklärt, dass die beigelegten Dokumente dem Original entsprechen

Datum:

Unterschrift:

Dem Ansuchen müssen auf jeden Fall folgende Dokumente beigelegt werden:

- ☐ Fotokopie eines gültigen Ausweises
- ☐ Schulischer und beruflicher Lebenslauf auf stempelfreiem Papier verfasst und mit Datum und Unterschrift versehen

Unterlagen, welche im Südtiroler Sanitätsbetrieb aufliegen, bzw. für deren Ausstellung oder Aufbewahrung dieser zuständig ist, werden nur auf spezifische Anfrage von Seiten des Bewerbers mit genauer Angabe aller notwendigen Informationen, welche für die Einholung der Daten notwendig sind, berücksichtigt.

Gemäß Art. 13 der Europäischen Verordnung 2013/679 informieren wir Sie, dass die von Ihnen übermittelten und vom Rechtsinhaber, dem Südtiroler Sanitätsbetrieb, gesammelten Daten ausschließlich für die Aktivierung und Verwaltung von Verfahren im Zusammenhang mit der eventuellen Einstellung und den damit verbundenen Aktivitäten und Verpflichtungen verwendet werden.

Insbesondere sind die angeforderten Daten für diese Verwaltung notwendig um Ihr Ansuchen zu bearbeiten, und ihre Nichtbereitstellung würde es nicht ermöglichen, die für ihre Verwaltung erforderlichen Prozesse zu starten und mit der eventuellen Anstellung fortzufahren.

Die zur Verfügung gestellten Informationen werden nicht weitergegeben, sondern können ausschließlich in Übereinstimmung mit den geltenden Rechtsvorschriften und insbesondere im Rahmen der durch das D.P.R. Nr. 445/2000 u.f.Ä.E. vorgesehenen Kontrollen, an andere öffentliche oder private Subjekte, weitergegeben werden.

In jedem Fall werden alle Verarbeitungsvorgänge ausschließlich von speziell damit Beauftragten und Verantwortlichen durchgeführt. Die Namensliste wird auf Anfrage an die Datenschutzsteuerungsgruppe, bestehend aus dem Datenschutzreferenten und dem Data Protection Officer, zur Verfügung gestellt; die Anfrage kann per E-Mail an die E-Mail-Adresse privacy@sabes.it oder per Einschreiben, adressiert an den rechtlichen Sitz des Rechtsinhabers, Sparkasse-Str. n. 4, 39100 Bozen, gestellt werden.

Als betroffene Person können Sie auch jederzeit die in Art. 15 der Europäischen Verordnung 2016/679 genannten Rechte ausüben, indem Sie sich direkt an die Datenschutzsteuerungsgruppe wenden und eine Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einreichen, wenn Sie glauben, dass Ihre Daten in einer Weise verarbeitet werden, die nicht der geltenden Gesetzgebung entspricht.

Für weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten konsultieren Sie bitte die Allgemeinen Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Bereich "Datenschutz" der Website www.sabes.it.

Anlage 2a

Ersatzerklärung laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000

Der/die Unterfertigte erklärt, bei folgenden öffentlichen Verwaltungen Dienst zu leisten/ geleistet zu haben:

(der Dienst beim Südtiroler Sanitätsbetrieb ist nicht anzugeben; es ist ausreichend Punkt 4 anzukreuzen)

Körperschaft / Verwaltung	Zeitraum (von – bis) genaues Datum angeben	Berufsbild Einstufung und Angabe der Fach- richtung	Art und Ausmaß des Arbeitsverhältnisses (befristet/unbefristet/freiberuflicher Mitarbeiter/ Vollzeit/Teilzeit mit Angabe der Wochenstunden)
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		

Wartestände oder Unterbrechungen sind genau anzugeben:

Grund der Abwesenheit	von:	bis
Datum:	Unterschrift:	

Anlage 2b

Ersatzerklärung laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000

Der/die Unterfertigte erklärt, bei folgenden privaten Arbeitgebern Dienst zu leisten/ Dienst geleistet zu haben:

Arbeitgeber	Zeitraum (von – bis) genaues Datum angeben	Berufsbild Einstufung und Angabe der Fach- richtung	Art und Ausmaß des Arbeitsverhältnisses (befristet/unbefristet/freiberuflicher Mitarbeiter/ Vollzeit/Teilzeit mit Angabe der Wochenstunden)
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		

Wartestände oder Unterbrechungen sind genau anzugeben:

Grund der Abwesenheit	von:	bis

Datum:	Unterschrift:

Anlage 3a

Ersatzerklärung laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000

Der/die Unterfertigte erklärt, an folgenden Kursen/Tagungen/Seminaren teilgenommen zu haben:

Titel des Kurses/Tagung/ Seminars	Austragungsort	Veranstalter	Datum und Zeitraum	Stunden
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	

Datum:	Unterschrift:

Anlage 3b

Ersatzerklärung laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000

Der/die Unterfertigte erklärt, an folgenden Kursen/Tagungen/Seminaren als Vortragender teilgenommen zu haben:

Titel des Kurses/Tagung/ Seminars	Austragungsort	Veranstalter	Datum und Zeitraum	Stunden
			(Datum) - (Uhrzeit)	

			(Datum) - (Uhrzeit)	
--	--	--	---------------------------	--

			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	
			(Datum) - (Uhrzeit)	

Datum:	Unterschrift:

Anlage 4

Verzeichnis der beigelegten Dokumente

1)	Kopie eines gültigen Ausweises
2)	Lebenslauf
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
12)	
13)	
14)	
15)	
16)	
17)	
18)	

Der/die Unterfertigte ist sich der vorgesehenen Strafen bewusst, welche im Falle falscher Erklärungen gegen Sie/Ihn angewandt werden (laut D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, Artikel 76) und erklärt, unter eigener Verantwortung, dass die dem Gesuch beigelegten Fotokopien, den Originalen entsprechen.

Datum:	Unterschrift:

Eigenerklärung zwecks Anwendung der Vorzugstitel bei Punktegleichheit in einer Rangordnung

(Art. 5 D.P.R. n. 487/1994)

betreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/>	dass er/sie kinderlos ist
<input type="checkbox"/>	dass er/sie <input type="text"/> Kinder hat, davon <input type="text"/> zu Lasten. Alter der Kinder: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	jene, den freiwilligen Militärdienst bei den Streitkräften geleistete haben und am Ende ihrer Verpflichtung oder Wiederverpflichtung ohne Tadel entlassen wurden
<input type="checkbox"/>	jene, die den Militärdienst als Frontkämpfer geleistet haben
<input type="checkbox"/>	mit militärischem Orden ausgezeichnet
<input type="checkbox"/>	Kriegsversehrte und -invaliden als ehemalige Frontkämpfer
<input type="checkbox"/>	Versehrtheit und Invalidität durch Kriegseinwirkungen verursacht
<input type="checkbox"/>	Arbeitsversehrt und -invaliden des öffentlichen und privaten Sektors
<input type="checkbox"/>	Kriegswaise
<input type="checkbox"/>	Waise der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen
<input type="checkbox"/>	Waisen der aus Arbeitsgründen im öffentlichen und privaten Sektor ums Leben gekommen
<input type="checkbox"/>	im Kampf verwundet
<input type="checkbox"/>	mit dem Kriegskreuz oder einer anderen Kriegsdienstehnung ausgezeichnet, sowie Oberhaupt einer kinderreichen Familie
<input type="checkbox"/>	Kind der kriegsverursachten Versehrten und ehemaligen Frontkämpfer
<input type="checkbox"/>	die Kinder der kriegsverursachten Versehrten und Invaliden
<input type="checkbox"/>	Kind der Arbeitsversehrten und -invaliden im öffentlichen und privaten Sektor
<input type="checkbox"/>	verwitwetes und nicht wiederverheiratetes Elternteil sowie verwitwetes oder lediges Geschwister der Kriegsgefallenen
<input type="checkbox"/>	verwitwetes und nicht wiederverheiratetes Elternteil sowie verwitwetes oder lediges Geschwister der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen
<input type="checkbox"/>	verwitwetes und nicht wiederverheiratetes Elternteil sowie verwitwetes oder ledige Geschwister der aus Dienstgründen im öffentlichen und privaten Sektor ums Leben Gekommenen
<input type="checkbox"/>	jene, die lobenswerten Dienst, wie immer auch die Auszeichnung sei, für mindestens ein Jahr in der Verwaltung geleistet haben für die der Wettbewerb ausgeschrieben ist
<input type="checkbox"/>	Zivilversehrt und -invaliden

Datum:

Unterschrift: