

## Gesuch um zeitbegrenzte Aufnahme

--	--

**Wer wahrheitswidrige Erklärungen abgibt, Akten fälscht oder diese verwendet, wird im Sinne des Strafgesetzbuches und der einschlägigen Sondergesetze bestraft (Art. 76 DPR 445/2000). Eine unwahre Erklärung bringt den Verfall der Rechte mit sich, welche aus der Maßnahme entstehen, die aufgrund der Erklärung erlassen wurde**

**wichtig:** das Gesuch muss an den betreffenden Stellen vollständig ausgefüllt, bzw. angekreuzt werden!

### PERSÖNLICHE DATEN

Nachname ..... (1)

Name .....

geboren in ..... am .....

Steuernummer .....

wohnhaft in ..... PLZ .....

Straße ..... Nr. ....

### ICH ERSUCHE UM EINTRAGUNG IN DIE RANGORDNUNG FÜR

**DIE BERUFSFIGUR:** .....

gewünschtes Dienstverhältnis:       Vollzeit       Teilzeit

### ICH ERKLÄRE UNTER EIGENER VERANTWORTUNG:

a)  italienische/r Staatsbürger/in-, oder Staatsbürger/in des folgenden EU Staates zu sein:

.....

anderes, Anspruchsberechtigte laut Art. 38 des GvD Nr. 165/2001: .....

**Dokument, welches obgenanntes Recht belegt, beilegen (z.B. Aufenthaltsberechtigung,....)**

b)  in den Wählerlisten der **Gemeinde** ..... eingetragen zu sein

nicht in den Wählerlisten einer Gemeinde eingetragen zu sein

c)  folgenden Zweisprachigkeitsnachweis (laut DPR 752/76 i.g.F.) zu besitzen:

A  B  C

ausgestellt von der Dienststelle für Zwei- und Dreisprachigkeitsprüfungen Bozen am ..... (2)

nicht im Besitze des **Zweisprachigkeitsnachweis** (laut DPR 752/76 i.g.F.) zu sein

**\*) LT. GV.D. NR. 165/2001, SIND BEI STUDIENTITELN/DIPLOMEN WELCHE IM AUSLAND ERWORBEN WURDEN, DIE EINRICHTUNG UND DAS DATUM DER ANERKENNUNG IN ITALIEN ANZUGEBEN**

d) folgendes **Laureatsdiplom** zu besitzen: \*)

.....  
(Name der Universität, Ort und Datum)

dass er/sie im Besitze der italienischen Anerkennung des im Ausland erworbenen Laureatsdiplomes ist

(Anerkennung, ausgestellt von folgender italienischen Behörde \_\_\_\_\_)

am \_\_\_\_\_, oder Anerkennung am \_\_\_\_\_ an folgender italienischen Behörde eingereicht:

\_\_\_\_\_)

folgende **Spezialisierung/en** zu besitzen in: \*)

.....  
(Fachbereich, Universität, Ort und Datum)

dass er/sie im Besitze der italienischen Anerkennung der im Ausland erworbenen Spezialisierung ist

(Anerkennung, ausgestellt von folgender italienischen Behörde \_\_\_\_\_)

am \_\_\_\_\_, oder Anerkennung am \_\_\_\_\_ an folgender italienischen Behörde eingereicht:

\_\_\_\_\_)

e) in das **Berufsalbum/Kollegium** eingetragen zu sein:

Provinz: ..... Datum: ..... Nr. ....

f)  nie vom Dienst bei einer öffentlichen Verwaltung enthoben, entbunden oder entlassen worden zu sein

aus folgendem Grund bei einer öffentlichen Verwaltung enthoben, entbunden oder entlassen worden zu sein:

.....

g)  dass er/sie nie strafrechtlich verurteilt worden ist und kein Strafverfahren anhängig hat;

dass er/sie folgende Strafverfahren anhängig hat: .....

dass gegen ihn/sie folgende Strafurteile ausgesprochen wurden (es sind auch jene Strafurteile anzugeben, für welche die strafbare Handlung als erloschen erklärt wurde oder die Nichterwähnung des Urteils im Strafregister verfügt wurden): .....

h) folgende Vorzugstitel/Vorrechte laut DPR 487/94 zu besitzen:

Arbeits-Invalidität (min. 34%)

Zivil-Invalidität (min. 46%)

Anzahl der Kinder zu Lasten: .....

andere: ..... (3)

i)  dass die beigelegten Dokumente dem Original entsprechen



j) folgende Dienste in **dieser Berufsfigur** beim Gesundheitsbezirk Bozen oder bei anderen **öffentlichen Körperschaften** geleistet zu haben:

Lt. Gv.D. Nr. 165/2001 ist bei Auslandsdiensten das Datum der **Anerkennung** in Italien anzugeben

**nicht berücksichtigt werden:** der Dienst mit Werkvertrag, co.co.co usw., wie auch unvollständige Angaben

Arbeitgeber (Name und Adresse)	Berufsfigur und Funktionsebene	Beginn			Ende			Vollzeit/ Teilzeit % /Stunden
		T	M	J	T	M	J	

Gemäß Art. 15 des Gesetzes Nr. 183 vom 12.11.11 darf keine Bestätigung (z.B. Dienstzeugnis), welche von einer öffentlichen Verwaltung oder einem privaten Betreiber öffentlicher Dienste ausgestellt wurde, vorgelegt werden. Es kann eine Ersatzerklärung abgegeben werden.

**EVENTUELLE WARTESTÄNDE ODER UNTERBRECHUNGEN SIND GENAU ANZUGEBEN**

Grund:	vom	bis
Grund:	vom	bis
Grund:	vom	bis

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

Die erhobenen Daten werden zum Zwecke der Anstellung und damit zusammenhängenden Tätigkeiten und Verpflichtungen verwendet. Es stehen alle Rechte zu, welche vom Art. 7 des L.D. Nr. 196/2003 vorgesehen sind. Inhaber der Daten in der Person des gesetzlichen Vertreters ist der Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen, Sparkassenstr. 4, 39100 Bozen.

Ich ermächtige den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen, im Sinne des Art. 7 des L.D. Nr. 196/2003, die angeführten Daten zum Zwecke der Anstellung und damit zusammenhängenden Tätigkeiten und Verpflichtungen zu verwenden.

**POSTANSCHRIFT FÜR MITTEILUNGEN:**

Straße ..... Nr. ....  
 PLZ ..... Ort .....  
 Tel. Nr./Handy: .....PEC-Adresse: .....

**EVENTUELLE ADRESSENÄNDERUNGEN MÜSSEN UNVERZÜGLICH BEKANNT GEGEBEN WERDEN FÜR FEHLENDE MITTEILUNGEN WIRD KEINERLEI VERANTWORTUNG ÜBERNOMMEN**

Die Unterzeichnung der gegenständlichen Bewerbung unterliegt dann nicht der Beglaubigung, wenn die Bewerbung in Anwesenheit dieses in Empfang nehmenden zuständigen Beamten unterzeichnet wird, bzw. wenn die Bewerbung samt einer ebenfalls nicht beglaubigten Fotokopie des Personalausweises des/der Bewerbers/in eingereicht wird.

Datum: ..... Unterschrift: .....

.....zuständige/r Beamter/in für den Empfang bestätigt, dass die Bewerbung in seiner/ihrer Anwesenheit unterzeichnet und dass der/diejenige, welche/r die Bewerbung eingereicht hat, mit \_\_\_\_\_ identifiziert wurde. Unterschrift des Beauftragten:.....

**FOLGENDE UNTERLAGEN MÜSSEN BEIGELEGT WERDEN:**

**Fotokopie eines gültigen Ausweises**

**Lebenslauf** (datiert und unterschrieben)

**Bescheinigung betreffend die Sprachgruppenzugehörigkeit oder die Angliederung an eine der 3 Sprachgruppen** (siehe Punkt 2 Buchstabe b) der Kundmachung)

**ANMERKUNGEN 1 – 3**

- 1) verheiratete Frauen geben zuerst den ledigen Namen und dann den Familiennamen des Ehemannes an.
- 2) Neben dem Zweisprachigkeitsnachweis aufgrund der bestandenen Prüfung gemäß DPR 752/1976 i.g.F. können auch die alternativen Bescheinigungen gemäß Gv.D vom 14.05.2010 Nr. 86 zusammen mit dem Ansuchen vorgelegt werden. Die für die Ausstellung dieser Bescheinigungen notwendigen Dokumente müssen direkt bei der Autonomen Provinz Bozen, Dienststelle für die Zwei- und Dreisprachigkeitsprüfungen eingereicht werden: Bozen, Perathonerstraße 10 - Tel. Nr. 0471 413900 und 0471 413920 - [www.provinz.bz.it/ZDP/](http://www.provinz.bz.it/ZDP/).
- 3) 1. Träger von militärischen Orden, 2. die Kriegsversehrten oder -invaliden als ehemalige Frontkämpfer, 3. jene, deren Versehrtheit u. Invalidität durch Kriegseinwirkungen verursacht wurde, 4. die Arbeitsversehrten u. -invaliden des öffentlichen u. privaten Sektors, 5. die Kriegswaisen, 6. die Waisen, der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen, 7. die Waisen, der aus Arbeitsgründen im öffentlichen u. privaten Sektor ums Leben Gekommenen, 8. die Kampfverwundeten, 9. die mit dem Kriegsverdienstkreuz oder einer anderen Kriegsdienstehnung Ausgezeichneten, sowie die Oberhäupter einer kinderreichen Familie, 10. die Kinder der kriegsverursachten Versehrten u. ehemaligen Frontkämpfer, 11. die Kinder der kriegsverursachten Versehrten u. Invaliden, 12. die Kinder der Arbeitsversehrten u. -invaliden im öffentlichen u. privaten Sektor, 13. die verwitweten u. nicht wiederverheirateten Elternteile, sowie die verwitweten oder ledigen Geschwister der Kriegsgefallenen, 14. die verwitweten u. nicht wiederverheirateten Elternteile, sowie die verwitweten oder ledigen Geschwister der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen, 15. die verwitweten u. nicht wiederverheirateten Elternteile sowie die verwitweten oder ledigen Geschwister der aus Arbeitsgründen im öffentlichen u. privaten Sektor ums Leben Gekommenen, 16. jene die den Militärdienst als Frontkämpfer geleistet haben, 17. jede, die lobenswerten Dienst, wie immer auch die Auszeichnung sei, für mindestens ein Jahr in der Verwaltung geleistet haben, für die der Wettbewerb ausgeschrieben ist, 18. die Verheirateten und Ledigen mit Augenmerk auf die Anzahl der zu Lasten lebenden Kinder, 19. die Zivilversehrten u. -invaliden, 20. jene, die freiwillig Militärdienst bei den Streitkräften geleistet haben u. am Ende ihrer Verpflichtung oder Wiederverpflichtung ohne Tadel entlassen wurden.

**ERSATZERKLÄRUNG EINER NOTORIETÄTSURKUNDE  
(Art. 47 D.P.R. 445 vom 28.12.2000)**

Der/die unterfertigte \_\_\_\_\_  
(Familienname) (Vorname)

geboren in \_\_\_\_\_ ( ) am \_\_\_\_\_  
(Geburtsort; falls im Ausland geboren, den Staat angeben) (Prov.)

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Ort, Provinz, Str., Nr.)

im Sinne des Art. 47 DPR 445 vom 28.12.2000 und weiterer Ergänzungen, über die unten angegebenen Umstände eine Erklärung ab. Bewusst, dass im Falle falscher Erklärungen gegen mich die laut Art. 76 des DPR vom 28.12.2000 vorgesehenen Strafen angewandt werden, gebe ich

**folgende Erklärung ab:**

<input type="checkbox"/> mindestens einjährige Berufserfahrung im gesuchten Berufsbild
<input type="checkbox"/> nach Abschluss der Spezialisierung im Ausland erworbene Berufserfahrung und Dienstalster, welche mit jener auf dem italienischen Staatsgebiet gleichwertig sind; der im Ausland geleistete sanitäre Dienst muss in einer „öffentlichen Einrichtung/Körperschaft“ oder einer „Institution von öffentlichen Interesse“ oder deren Tätigkeit öffentliche und nicht private Interessen verfolgt, geleistet worden sein
<input type="checkbox"/> Erfahrung im Führungsbereich
<input type="checkbox"/> Koordinierungstätigkeit
<input type="checkbox"/> Besitz von zusätzlichen Qualifikationen unter Beachtung jener, die für den Zugang erforderlich sind: Master: ..... Spezialisierungskurse: .....
<input type="checkbox"/> Teilnahme an folgenden Studien- und/oder Forschungsprojekten: .....
<input type="checkbox"/> Publikationen in wissenschaftlichen Fachjournalen (Publikationen auflisten): ..... ..... ..... ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> akademische Lehrtätigkeit als Dozent: Universität: ..... Fachrichtung..... Dauer.....

**Datum und Unterschrift:** \_\_\_\_\_