

DOMANDA DI AMMISSIONE A TEMPO DETERMINATO (SUPPLENZE O INCARICHI)

--	--

Tutte le dichiarazioni rilasciate e contenute nella presente domanda di ammissione nonché i documenti allegati sono soggetti alle disposizioni del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000. Le dichiarazioni mendaci verranno perseguite penalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come previsto dall'art. 76 del summenzionato testo unico.

Qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade da tutti i benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tale dichiarazione.

importante: la domanda va compilata e contrassegnata in tutte le sue parti!

DATI PERSONALI

Cognome Nome	(1)
Nato/a a	il
Residente a	C.A.P. (provincia)
Via	n.
N. tel./cell.	
E-mail/PEC	
Codice fiscale	

CHIEDO L'ISCRIZIONE NELLA GRADUATORIA PER LA

FIGURA PROFESSIONALE:

rapporto di lavoro richiesto: ☐ tempo pieno ☐ part-time

DICHIARO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

a) ☐ di essere cittadino/a italiano/a/, o cittadino/a del seguente stato membro dell'UE:

.....

☐ altro, avente diritto ai sensi del art. 38 del D.Lgs n. 165/2001:
 allegare documento che attesti il diritto di cui sopra (es. permesso di soggiorno, ecc.)

b) ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del **Comune** di:
☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali di un comune per i seguenti motivi:

c) di essere in possesso dell'attestato di bilinguismo (ai sensi del DPR 752/76 i.f.v.):

☐ C1 (ex livello A) ☐ B2 (ex livello B) ☐ B1 (ex livello C) ☐ A2 (ex livello D) (☐ nessuno)

rilasciato/riconosciuto dall'Ufficio Esami di Bi-Trilinguismo della Provincia Autonoma di Bolzano (2)

in data:

***) AI SENSI DEL DLGS. N. 165/2001, PER TITOLI DI STUDIO/DIPLOMI ACQUISITI ALL'ESTERO SONO DA INDICARE L'ENTE E LA DATA DI RICONOSCIMENTO IN ITALIA**

d) di essere in possesso del seguente **titolo di studio:** *)

diploma/licenza di scuola: ☐ elementare ☐ media ☐ superiore (anni completati)

.....
(nome della scuola, luogo e data)

*) se conseguito all'estero riconosciuto dal **seguente ente** in data

.....

di essere in possesso del seguente **diploma professionale/attestato di fine apprendistato/laurea** (bachelor) in: *)

.....
(nome e luogo della scuola/dell'Istituto superiore/Università)

data

*) se conseguito all'estero, riconosciuto dal **seguente ente** in data

.....

di essere in possesso della **laurea** in: *)

(medici, psicologi/psicologhe, farmacisti/farmaciste, biologi/biologhe, chimici ...)

.....
(laurea, nome dell'Università, luogo e data)

*) di essere in possesso del **riconoscimento italiano** della **laurea** conseguito all'estero

riconoscimento rilasciato dal **seguente ente**

con data, o domanda richiesta di riconoscimento inoltrata il giorno al **seguente ente**:

.....

di essere in possesso della **specializzazione/i** in: *)

.....
(disciplina, nome dell'Università, luogo e data)

*) di essere in possesso del **riconoscimento italiano** della **specializzazione** conseguita all'estero

riconoscimento rilasciato dal **seguente ente**

con data, o domanda richiesta di riconoscimento inoltrata il giorno al **seguente ente**:

.....

e) di essere iscritto/a nell'**albo professionale/collegio**:

Provincia: data: n.

f) ☐ di non essere mai stato/a destituito/a, dispensato/a ovv. licenziato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni

☐ di essere stato/a destituito/a, dispensato/a ovv. licenziato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni
per il seguente motivo:

.....

g) ☐ di non avere mai riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali

☐ di essere sottoposto al seguente procedimento penale:

.....

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali (sono da indicare anche le condanne penali per reati che sono stati dichiarati estinti nonché quelle che hanno beneficiato della non menzione nel casellario giudiziale):

.....

h) di essere in possesso die seguenti titoli di preferenza/precedenza ai sensi del DPR 487/94:

☐ invalidità di lavoro (min. 34%)

☐ invalidità civile (min. 46%)

☐ numero di figli a carico:

☐ altri: (3)

i) ☐ di possedere l'idoneità fisica all'impiego;

j) ☐ che i documenti allegati corrispondano all'originale

k) di aver prestato i seguenti servizi nella **relativa figura professionale** presso il
Compensorio Sanitario di o altri **Enti Pubblici:**
(il servizio privato è valutato solamente per l'ammissione nella figura professionale di ausiliario/a specializzato/a.
Ai sensi del D.Lgs. n. 165/2001 per lavori prestati all'estero è da indicare la data di **riconoscimento in Italia.**
Non vengono valutati: il servizio con contratto d'opera, co.co.co ecc., nonché indicazioni imprecise

datore di lavoro (nome e indirizzo)	figura prof. e qualifica funzionale	inizio			fine			tempo pieno/ part-time % /ore
		g	m	a	g	m	a	

Ai sensi dell'art. 15 della legge n. 183 del 12.11.11 non può essere prodotto nessun certificato (p.e. certificato di servizio), rilasciato dalla PA o da privati gestori di PA. Può essere presentata una certificazione sostitutiva

EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA O INTERRUZIONI DI SERVIZIO SONO DA SPECIFICARE

motivo:	dal	al
motivo:	dal	al
motivo:	dal	al

DA COMPILARE IN OGNI CASO

l) che è stato risolto un rapporto di lavoro nella **relativa figura professionale** presso il **Compensorio Sanitario di**
☐ no ☐ sì per uno dei seguenti motivi:
☐ **periodo di prova negativo** ☐ **procedimento disciplinare** ☐ **altri motivi:**
.....

m) di risultare in una **graduatoria di concorso** valida della **relativa figura professionale** presso il **Compensorio Sanitario di** ☐ sì ☐ no

n) di essere stato/a invitato/a ad un esame d'idoneità per la **relativa figura professionale** presso il seguente **Compensorio Sanitario** dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige:
☐ no ☐ sì – **Bolzano** ☐ **Merano** ☐ **Bressanone** ☐ **Brunico**
di essersi **presentato/a** all'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
di aver **superato** l'esame d'idoneità: ☐ sì ☐ no
di aver raggiunto il **punteggio**/20 data dell'esame d'idoneità

o) di aver presentato domanda per l'ammissione in graduatoria della **relativa figura professionale** anche presso il **Compensorio Sanitario di:** Bolzano ☐ Bressanone ☐ Brunico ☐

p) di prestare servizio presso il **Compensorio Sanitario di** nella **relativa figura professionale:**
☐ no ☐ sì – e di aver superato **positivamente** il periodo di prova ☐

q) di non aver accettato un posto a tempo indeterminato nella **relativa figura professionale** presso il **Compensorio Sanitario di:** ☐ no ☐ sì data

r) ☐ **di non essere residente in Provincia di Bolzano** (4)
e quindi avvalersi del diritto di rendere la dichiarazione di appartenenza/aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici e di presentare la relativa certificazione fino all'inizio dell'esame d'idoneità risp. entro la data stabilita dall'Amministrazione.

Documenti già giacenti in questo Comprensorio Sanitario rispettivamente documenti per l'emissione o la custodia dei quali è competente il Comprensorio Sanitario vengono presi in considerazione solamente su specifica richiesta da parte del candidato/della candidata, con precisa indicazione di tutte le informazioni necessari per il reperimento dei dati.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2013/679, La informiamo che i dati da Lei conferiti e raccolti da parte della Titolare, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, verranno trattati al fine esclusivo dell'attivazione e gestione delle procedure collegate all'eventuale assunzione ed alle attività ed obblighi ad essa connessi. Nello specifico, i dati richiesti risultano necessari a questa Amministrazione per trattare la Sua domanda ed il loro mancato conferimento non permetterà di avviare i processi indispensabili per la sua gestione e di procedere con l'eventuale assunzione.

Le informazioni fornite non saranno diffuse ma potranno, invece, essere comunicate ad altri soggetti, di natura pubblica o privata, esclusivamente nel rispetto della normativa vigente ed, in particolare, nell'ambito dei controlli previsti dal D.P.R. n. 445/2000 succ. mod. ed int.

Tutte le operazioni di trattamento sono in ogni caso eseguite esclusivamente da soggetti appositamente designati Incaricati e Responsabili. L'elenco nominativo è reso disponibile previa richiesta alla Cabina di Regia Privacy, composta dalla Referente Privacy e dal Data Protection Officer, contattabili inviando una mail all'indirizzo di posta elettronica privacy@sabes.it ovvero a mezzo lettera raccomandata presso la sede legale della Titolare, in via Cassa di Risparmio n. 4, 39100 Bolzano.

In qualità di persona Interessata Lei può inoltre in ogni momento esercitare i diritti indicati dall'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679, rivolgendosi direttamente alla Cabina di Regia Privacy e proporre reclamo al Garante Privacy qualora ritenga che i Suoi dati siano trattati in modalità non conforme alla normativa vigente.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei Suoi dati personali può consultare l'Informativa generale sul trattamento dei dati personali presente nella sezione "privacy" della pagina web www.sabes.it.

INDIRIZZO PER COMUNICAZIONI:

Via n.

CAP loc. (prov.)

EVENTUALI CAMBIAMENTI DI RECAPITO SONO DA COMUNICARE IMMEDIATAMENTE NON SI ASSUMONO RESPONSABILITÀ DERIVANTI DALLA MANCATA COMUNICAZIONE

Data:

Firma:

IN OGNI CASO ALLA DOMANDA DEVONO ESSERE ALLEGATI I SEGUENTI DOCUMENTI:

Fotocopia della carta d'identità valida, pena l'esclusione dal procedimento

Curriculum vitae formativo e professionale redatto su carta semplice (datato e firmato)

Certificazione in originale relativa all'appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppo linguistici (4)

- in plico chiuso separato, pena l'esclusione del procedimento
- rilasciata in data non anteriore di sei mesi dalla scadenza del termine!

La certificazione del corso base per la **sicurezza nei luoghi di lavoro** (4 ore) ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 deve essere consegnata prima dell'assunzione.

ANNOTAZIONI 1 - 4

- 1) Le donne coniugate devono indicare nell'ordine il proprio cognome, poi il cognome del marito.
- 2) Accanto all'attestato di bilinguismo, in base all'esame sostenuto in conformità al DPR 752/1976 e successive modifiche, possono essere presentati anche gli attestati alternativi di cui al D.Lgs. 14.05.2010, n. 86, direttamente alla Provincia Autonoma di Bolzano, Servizio esami di bi- e trilinguismo: Bolzano, via Perathoner 10 - Tel. 0471 413900 e 0471 - 413920 - www.provincia.bz.it/ebt/.
- 3) 1. gli insigniti di medaglia al valore militare, 2. i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti, 3. i mutilati ed invalidi per fatto di guerra, 4. i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato, 5. gli orfani di guerra, 6. gli orfani dei caduti per fatto di guerra, 7. gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato, 8. i feriti in combattimento, 9. gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa, 10. i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti, 11. figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra, 12. i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato, 13. i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi non sposati dei caduti per fatto di guerra, 14. i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi non sposati dei caduti per fatto di guerra, 15. i genitori vedovi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato, 16. coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti, 17. coloro che abbiano prestato lodevole servizio, a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione per la quale è indetto il concorso, 18. i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico, 19. gli invalidi ed i mutilati civili, 20. i militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.
- 4) **La certificazione relativa all'appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici.** Questo certificato è rilasciato dal Tribunale di Bolzano, Piazza Tribunale - lato Via Duca D'Aosta (telefono 0471-226312-3) deve essere presentato, **pena l'esclusione**:
 - in originale
 - in busta chiusa
 - la data del rilascio non può superare 6 mesi rispetto alla scadenza dell'avviso

Ai sensi del Decreto del Presidente della Giunta Provinciale n. 10 del 30.03.2017 le candidate/i candidati **non residenti in Provincia di Bolzano** hanno diritto di rendere la dichiarazione di appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici e di presentare la relativa certificazione fino all'inizio dell'esame d'idoneità.

Non è ammessa l'autocertificazione.

Rossinistraße 7 | 39012 Meran
Tel. 0473 263 845
www.sabes.it | anstellungen-assunzioni.me@sabes.it
anstellungen.assunzioni-me@pec.sabes.it
Firmenname: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
Str.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Via Rossini 7 | 39012 Merano
Tel. 0473 263 845
www.asdaa.it | anstellungen-assunzioni.me@sabes.it
anstellungen.assunzioni-me@pec.sabes.it
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211