

**Domanda di assunzione a tempo determinato per
medico in formazione specialistica presso il Comprensorio Sanitario di Merano**

--	--

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

Nome Cognome	
Nato a	il
Residente	(prov.) C.A.P.
Via	n.
N. Tel./cell.	
E-mail/PEC:	
Codice fiscale	

**CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA PROCEDURA DI SELEZIONE PER
MEDICO IN FORMAZIONE PER LA DISCIPLINA DI MEDICINA INTERNA OSPEDALE DI MERANO**

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, ...)
- b) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del **Comune** di:
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali di un comune
- c) di essere in possesso dell'**attestato di bilinguismo** (ai sensi del DPR 752/76 i.f.v.):
 C1 (ex livello A) rilasciato resp. riconosciuto
dall'ufficio Esami di Bi-Trilinguismo della Provincia Autonoma di Bolzano: (1) 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 della **laurea** in medicina:

.....
(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 di riconoscimento inoltrato 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 Pubbl. 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 dei seguenti titoli di preferenza/precedenza ai sensi del DPR 487/94:

invalidità di lavoro (min. 34%)
 invalidità civile (min. 46%)
 numero dei figli a carico:
 altri: (2)

i) di aver già prestato i seguenti **periodi formativi**:

disciplina:

datore di lavoro Ospedale/Reparto (nome e indirizzo)	Formazione (formazione di base / Formazione specialistica di base / Formazione specialistica principale)	inizio			fine			tempo pieno/ part-time % /ore
		g	m	a	g	m	a	

j) di aver prestato i seguenti servizi (se del caso ed in aggiunta ai periodi di formazione indicati al punto i)) **nella figura professionale di dirigente sanitario/a – medico** presso l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige, Comprensorio Sanitario di , presso altri **Enti Pubblici** o presso **altre istituzioni, anche all'estero**:

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.

k) Ospedale preferito per la prestazione della formazione (l’indicazione viene seguita in base alla disponibilità e secondo le esigenze organizzative)	grado di formazione
1)	formazione base
2)	
1)	formazione specialistica di base
2)	
1)	formazione specialistica principale
2)	

DA COMPILEARE IN OGNI CASO – DICHIARO:

I) che è stato risolto un rapporto di lavoro **nella figura professionale di medico** presso **l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige**:

Comprensorio Sanitario di

no sì per uno dei seguenti motivi:
 periodo di prova negativo procedimento disciplinare altri motivi:
.....

m) che i documenti allegati corrispondono all’originale

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 necessarie 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.

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

Data: **firma:**.....

I SEGUENTI DOCUMENTI SONO DA ALLEGARE:

- a) Lettera di candidatura** con relativa motivazione
- b) Curriculum Vitae**, datato e sottoscritto
- c) Fotocopia di un documento di identità personale valido**

ANNOTAZIONI 1 - 2

- 1) Accanto all'attestato di bilinguismo, in base all'esame sostenuto in conformità al DPR 752/1976 e successive modifiche, possono essere presentati insieme con la domanda anche gli attestati alternativi di cui al D.Lgs. 14.05.2010, n. 86. I documenti necessari per il rilascio di questi attestati vanno presentati direttamente alla Provincia Autonoma di Bolzano, Servizio esami di bi- e trilinguismo: Bolzano, via Perathoner 10 – Tel. 0471 413900 – www.provincia.bz.it/ebt/.
- 2) 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 sposati e le sorelle ed i fratelli vedovi non sposati dei caduti per fatto di guerra, 14. i genitori vedovi non sposati e le sorelle ed i fratelli vedovi non sposati dei caduti per fatto di guerra, 15. i genitori vedovi non sposati 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.