Allegato 1

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL | PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO DI :

DIRIGENTE SANITARIO/A - MEDICO, DISCIPLINA GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

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.

Il/la sottoscritta/o:	**nata/o a:**	**il:**
residente a:	**CAP:**	**provincia:**
via:	**n:**	**n. tel.:**
E-Mail:	**PEC:**	**codice fiscale:**

fa domanda per il posto succitato ed a tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

1) ☐ di essere cittadino italiano o cittadino del seguente Stato membro dell'Unione Europea:

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

2) ☐ 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 :

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

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali:

(non sono da indicare le iscrizioni di cui all'art. 24, comma 1 e art. 28, comma 7 del D.P.R., 14 novembre 2002, n. 313)

4) ☐ di prestare o di aver prestato servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige;

5) ☐ di non essere mai stato dichiarato destituito, dispensato ovvero licenziato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto dai pubblici uffici o decaduto dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ;

☐ di essere stato dichiarato destituito, dispensato ovvero licenziato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per il seguente motivo

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

7) ☐ di appartenere ad una delle categorie protetta (art. 1 legge n. 68/99). Data dell'ultimo aggiornamento: grado di invalidità:

☐ di essere disoccupato/a e iscritto/a alle relative liste presso l'ufficio del lavoro di:
(indicare Provincia o altro ambito territoriale d'iscrizione)

☐ si ☐ no

8) di aver bisogno, in relazione al proprio handicap, ai sensi della legge n. 104 del 05.02.1992, di:

☐ tempi aggiuntivi per lo svolgimento dell'esame

☐ del seguente ausilio per lo svolgimento dell'esame:

Deve essere allegata la necessaria documentazione sanitaria!

9) ☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:
laurea magistrale/specialisica in (riportare quanto indicato sul diploma)**:**

(è obbligatorio attestare il possesso del titolo di studio indicato dal bando)
della classe conseguito in data:
rilasciato da (indicare istituto con indirizzo):

☐ di essere in possesso della specializzazione nella disciplina (riportare quanto indicato sul diploma)**:**

rilasciato da (indicare istituto con indirizzo):
in data:

10) ☐ di essere iscritto al anno del corso di specializzazione nella disciplina di nella seguente scuola di specializzazione

11) ☐ il diploma di laurea conseguito all’estero è stato riconosciuto in Italia dal seguente ente
in data

12) ☐ il diploma di specializzazione conseguito all’estero è stato riconosciuto in Italia dal seguente ente
in data

13) ☐ la richiesta di riconoscimento del diploma conseguito all’estero è stata inoltrata al seguente ente
in data

14) ☐ di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici:
Provincia: data: n.:

15) ☐ di essere in possesso dell’attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca livello C1 (ex livello A) rilasciato in data dall’ufficio Esami di Bi e -Trilinguismo della Provincia Autonoma di Bolzano

16) ai sensi e per gli effetti dell’art. 20 del D.P.R. n. 752 del 26.07.1976, intende sostenere le previste prove d’esame in lingua :

☐ italiana ☐ tedesca

17) Di voler essere inserito nelle seguenti graduatorie: (si possono barrare uno o più comprensori a scelta del candidato)

☐ Comprensorio sanitario di Bolzano ☐ Comprensorio sanitario di Bressanone

☐ Comprensorio sanitario di Merano ☐ Comprensorio sanitario di Brunico

18) Inoltre dichiara di essere interessato/a a rapporti di lavoro a

☐ tempo pieno ☐ part-time ☐ entrambi

19) Inoltre dichiara, di essere interessato/a a incarichi a tempo determinato (supplenze o incarichi provvisori):

☐ tempo pieno ☐ part-time ☐ entrambi

20) tutte le comunicazioni relative alla domanda o ad un'eventuale assunzione dovranno essere fatte esclusivamente l seguente indirizzo

- ☐ Indirizzo E-Mail:
- ☐ Posta certificata(PEC):
- ☐ Posta ordinaria: via n.
  località CAP

21) ☐ il/la sottoscritto/a dichiara che i documenti allegati corrispondono all'originale

Data:	**Firma:**

In ogni caso alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti :

☐ Fotocopia di una carta d'identità valida

☐ Curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice, datato e firmato

Documenti già giacenti presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige rispettivamente documenti per l'emissione o la custodia dei quali è competente l'Azienda Sanitaria 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.

Allegato 2a

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritto/a dichiara di prestare/di aver prestato sevizio presso i seguenti enti pubblici:
(non serve indicare il servizio presso l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, è sufficiente barrare punto 4) :

Datore di lavoro	**periodo (dal – al)** indicare la data precisa	**Profilo professionale** Inquadramento con indicazione della disciplina	**Tipo e dimensione del rapporto di lavoro** (tempo determinato/tempo indeterminato/incarico libero professionale/tempo pieno/part-time con indicazione delle ore settimanali)
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		

Periodi di aspettativa o interruzioni di servizio sono da specificare:

Motivo dell'assenza:	**dal:**	**al:**

Data:	**Firma:**

Allegato 2b

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritto/a dichiara di prestare/di aver prestato sevizio presso i seguenti datori di lavoro privati:

Datore di lavoro	**periodo (dal – al)** indicare la data precisa	**Profilo professionale** Inquadramento con indicazione della disciplina	**Tipo e dimensione del rapporto di lavoro** (tempo determinato/tempo indeterminato/incarico libero professionale/tempo pieno/part-time con indicazione delle ore settimanali)
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		
	–		

Periodi di aspettativa o interruzioni di servizio sono da specificare:

Motivo dell'assenza:	**dal:**	**al:**
Data:	**Firma:**	

Allegato 3a

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver partecipato in qualità di uditore ai seguenti corsi, convegni, seminari

Denominazione del corso/ convegno/seminario	luogo	organizzatore	data e periodo	ore
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	

Data:	Firma:

Allegato 3b

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver partecipato in qualità di relatore ai seguenti corsi, convegni, seminari

Denominazione del corso/ convegno/seminario	luogo	organizzatore	data e periodo	ore
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	
			(data) - (orario)	

Data:	Firma:

Allegato 4

Elenco dei documenti allegati

1)	Fotocopia di una carta d'identità valida
2)	Curriculum
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
12)	
13)	
14)	
15)	
16)	
17)	
18)	

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 previste in caso di dichiarazioni mendaci dichiaro sotto la mia responsabilità che le fotocopie presentate unitamente all'istanza ed indicate nell'elenco di cui sopra sono conformi all'originale in mio possesso

Data:	**Firma:**

Dichiarazione ai fini dell'applicazione delle preferenze a parità di merito in una graduatoria

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

segnare con crocetta

☐	di non avere figli
☐	di avere _____ figli, di cui _____ a carico; età: _____
☐	militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma
☐	coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti
☐	insignito/a di medaglia al valore militare
☐	mutilato/a ed invalido/a di guerra ex combattenti
☐	mutilato/a ed invalido/a per fatto di guerra
☐	mutilato/a ed invalido/a per servizio nel settore pubblico e privato
☐	orfano/a di guerra
☐	orfano/a dei caduti per fatto di guerra
☐	orfano/a dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato
☐	ferito/a in combattimento
☐	insignito/a di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonchè i capi di famiglia numerosa;
☐	figlio/a dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti
☐	figlio/a dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra
☐	figlio/a dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato
☐	genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti di guerra
☐	genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti per fatto di guerra
☐	genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato
☐	coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'amministrazione che ha indetto il concorso
☐	invalido/a ed mutilato/a civile

Data:	**Firma:**