

## Domanda di assunzione a tempo determinato

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

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

Il/La sottoscritto/a

nato a

il

residente a

(prov. )

C.A.P.

Via

n.

,n. tel.

/

PEC:

E-mail:

codice fiscale

**CHIEDO L'ISCRIZIONE NELLA GRADUATORIA PER LA FIGURA PROFESSIONALE DI:**  
**DIRIGENTE SANITARIO/A – MEDICO – DISCIPLINA DI RADIODIAGNOSTICA**  
**PRESSO IL COMPRESORIO SANITARIO DI BRUNICO**

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 A)      ☐ B2 (EX B)      ☐ B1 (EX C)      ☐ A2 (EX D)

rilasciato dal Servizio di bi- e trilinguismo di Bolzano in data: ..... (2

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

d) di possedere l'idoneità fisica all'impiego ;

**\*) : 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**

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

.....

(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 .....)

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

.....

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

di essere in possesso del riconoscimento italiano della specializzazione conseguito all'estero (riconoscimento rilasciato dal seguente ente ..... con data .....

o domanda di riconoscimento inoltrato il giorno ..... al seguente ente .....)

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

provincia: ..... data: .....n.....

g) ☐ 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:

.....

h) ☐ 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):

.....

i) 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: ..... (3)

j) ☐ che i documenti allegati corrispondono all'originale

k) di aver prestato i seguenti servizi **nella relativa figura professionale** presso il Comprensorio Sanitario di Bolzano o altri **Enti Pubblici**:  
 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<br>(nome e indirizzo) | figura prof. e qualifica funzionale | inizio |   |   | fine |   |   | tempo pieno/<br>part-time %<br>/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 |

l) di essere stato/a invitato/a ad un esame d'idoneità per la relativa figura professionale presso il seguente

Comprensorio Sanitario dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige: ☐ no ☐ sì

**C.S. Bressanone**: di essersi **presentato/a** all'esame d'idoneità: ☐ no ☐ sì  
 di aver **superato** l'esame d'idoneità: ☐ no ☐ sì: punteggio ...../20 data dell'esame d'idoneità .....

**C.S. Merano**: di essersi **presentato/a** all'esame d'idoneità: ☐ no ☐ sì  
 di aver **superato** l'esame d'idoneità: ☐ no ☐ sì: punteggio ...../20 data dell'esame d'idoneità .....

**C.S. Bolzano**: di essersi **presentato/a** all'esame d'idoneità: ☐ no ☐ sì  
 di aver **superato** l'esame d'idoneità: ☐ no ☐ sì: punteggio ...../20 data dell'esame d'idoneità .....

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](mailto: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](http://www.sabes.it).

#### INDIRIZZO PER COMUNICAZIONI

Via ..... n. ....  
 CAP ..... loc. ....  
 n. tel./cellulare: ..... indirizzo PEC: .....

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

data: .....firma: .....

#### I SEGUENTI DOCUMENTI SONO DA ALLEGARE:

**Fotocopia di una carta d'identità valida**

**Curriculum vitae** (datato e firmato)

**La certificazione in originale** dell'attuale appartenenza/aggregazione ad uno dei 3 gruppi linguistici (**plico chiuso**) (4)

#### ANNOTAZIONI 1 - 3

- 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 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 e 0471 – 413920 – [www.provincia.bz.it/ebt/](http://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 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.