

Domanda di assunzione a tempo determinato per medico in formazione specialistica presso il Comprensorio sanitario di Bressanone

--	--

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 procedimento emanato sulla base della dichiarazione.

Importante: la domanda va compilata e contrassegnata, ove relativo, in tutte le sue parti!

DATI PERSONALI

cognome¹⁾
nome
nata/o a il
codice fiscale E-Mail
residente a CAP
via n.

CHIEDO L'ISCRIZIONE ALLA PROCEDURA DI SELEZIONE PER MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA PER LA DISCIPLINA DI OTORINOLARINGOIATRIA

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:
.....
 altri:
- 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 bilinguismo²⁾** (ai sensi del DPR 752/76 i.f.v.):
 C1 (ex-carriera A)
rilasciato dal Servizio di bi- e trilinguismo di Bolzano 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: *)

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

Di essere in possesso della laurea conseguita all'estero e riconosciuto in data

da

Domanda di riconoscimento inoltrata in data

al seguente ente

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

provincia: data: n.

f) di non essere mai stato/a destituito/a, dispensato/a ovvero 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 aver mai riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti 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)

di essere sottoposto al seguente procedimento penale:

.....

di aver riportato le seguenti condanne penali:

.....

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:

altri³⁾:

i) di aver prestato i seguenti periodi formativi nella disciplina:

datore di lavoro (ospedale - nome e indirizzo)	Formazione (di base/specialistica di base/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)) quale medico presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Comprensorio Sanitario di o presso altri Enti pubblici o presso altre **Enti/Ospedali, anche all'estero**:

datore di lavoro (ospedale - 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	Grado di formazione
<input type="checkbox"/> Ospedale di Bressanone <input type="checkbox"/> Ospedale di Vipiteno	Formazione base
<input type="checkbox"/> Ospedale di Bressanone <input type="checkbox"/> Ospedale di Vipiteno	Formazione specialistica di base
<input type="checkbox"/> Ospedale di Bressanone <input type="checkbox"/> Ospedale di	Formazione specialistica principale

DA COMPILARE IN OGNI CASO

l) che un rapporto di lavoro nella figura professionale di medico/a presso **l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, Comprensorio sanitario di** è stato risolto: no sì
per uno dei seguenti motivi:

periodo di prova negativo procedimento disciplinare altri motivi:

.....

m) di prestare servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, **Comprensorio sanitario di**
 no sí figura professionale:

n) 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 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.

n. tel./cellulare:

indirizzo e-mail:

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

data:

firma:

I SEGUENTI DOCUMENTI SONO DA ALLEGARE:**Copia semplice della carta d'identità o di un documento equivalente valido****Curriculum vitae** (datato e firmato)**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: 39100 Bolzano, via Alto Adige 50 – Tel. 0471 413900 - <https://esami-bilinguismo.provincia.bz.it/it/home>
- 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.