

GESUCH UM ZEITBEGRENZTE AUFNAHME (SUPPLENZEN ODER BEAUFTRAGUNGEN)

--	--

Alle in der vorliegenden Bewerbung enthaltenen und abgegebenen Erklärungen, sowie die beigelegten Unterlagen unterliegen den Bestimmungen des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 und wahrheitswidrige Erklärungen werden im Sinne des Strafgesetzbuches und der einschlägigen Sondergesetze gemäß Art. 76 des genannten Einheitstextes strafrechtlich verfolgt.

Sollte sich aufgrund von Kontrollen ergeben, dass unwahre Erklärungen abgegeben worden sind, verliert der/die Erklärende sämtliche Begünstigungen, die sich aus der aufgrund unwahrer Erklärungen getroffenen Maßnahme ergeben.

wichtig: das Gesuch muss an den betreffenden Stellen vollständig ausgefüllt bzw. angekreuzt werden!

PERSÖNLICHE DATEN

Name Nachname	(1)
geboren in	am
wohnhafte in	PLZ (Provinz)
Straße	Nr.
Tel. Nr./Mobil Tel. Nr.	
E-Mail/PEC	
Steuernummer	

ICH ERSUCHE UM EINTRAGUNG IN DIE RANGORDNUNG BEIM GESUNDHEITSBEZIRK MERAN FÜR DIE BERUFSFIGUR ALS LEITENDER/LEITENDE ARZT/ÄRZTIN, FACHRICHTUNG GEFÄßCHIRURGIE

gewünschtes Dienstverhältnis: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

ICH ERKLÄRE UNTER EIGENER VERANTWORTUNG:

- a) ☐ italienische/r Staatsbürger/in-, oder Staatsbürger/in des folgenden EU Staates zu sein:

☐ andere, Anspruchsberechtigte laut Art. 38 des GvD Nr. 165/2001:
 Dokument, welches obgenanntes Recht belegt, beilegen (z.B. Aufenthaltsberechtigung, u.s.w.)
- b) ☐ in den Wählerlisten der **Gemeinde** eingetragen zu sein
☐ nicht in den Wählerlisten einer Gemeinde eingetragen zu sein, aus folgendem Grund:

- c) folgenden Zweisprachigkeitsnachweis (laut DPR 752/76 i.g.F.) zu besitzen:
☐ C1 (ehem. Niveau A) ☐ B2 (ehem. Niveau B) ☐ B1 (ehem. Niveau C) ☐ A2 (ehem. Niveau D) ☐ (keinen)
 von der Dienststelle für Zwei- und Dreisprachigkeitsprüfungen der Autonomen Provinz Bozen ausgestellt/anerkannt
 am: (2)

***) LT. GV.D. NR. 165/2001, SIND BEI STUDIENTITELN/DIPLOMEN WELCHE IM AUSLAND ERWORBEN WURDEN, DIE EINRICHTUNG UND DAS DATUM DER ANERKENNUNG IN ITALIEN ANZUGEBEN**

d) folgenden **Studientitel** zu besitzen: *)

☐ Abschluss **Grundschule** ☐ Abschluss **Mittelschule** ☐ Abschluss **Oberschule** (abgeschlossene Jahre)

(Name der Schule, Ort und Datum)

*) falls im Ausland erworben, anerkannt durch folgende **Einrichtung**:
..... Datum

folgendes **Berufsdiplom**/folgenden **Gesellenbrief**/folgendes **Laureat** (Bachelor) zu besitzen: *)

(Name der Schule/Hochschule/Universität, Ort)

Datum

*) falls im Ausland erworben, anerkannt durch folgende **Einrichtung**:
..... Datum

folgenden **Hochschulabschluss** zu besitzen: *)

(Arzt/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Apotheker/Apothekerinnen, Biologen/Biologinnen, Chemiker/Chemikerinnen ...)

(Laurea, Name der Universität, Ort und Datum)

*) im Besitze der **italienischen Anerkennung** des im Ausland erworbenen **Hochschuldiplomes** zu sein:

ausgestellt von **folgender Behörde**: am

oder Anfrage zur Anerkennung am an **folgende Behörde** eingereicht zu haben:

folgende **Spezialisierung/en** zu besitzen in: *)

(Fachbereich, Universität, Ort und Datum)

*) im Besitze der **italienischen Anerkennung** des im Ausland erworbenen **Spezialisierung** zu sein:

ausgestellt von **folgender Behörde**: am

oder Anfrage zur Anerkennung am an **folgende Behörde** eingereicht zu haben:

e) in das **Berufsalbum/Kollegium** eingetragen zu sein:

Provinz: Datum: Nr.

f) ☐ nie vom Dienst bei einer öffentlichen Verwaltung enthoben, entbunden oder entlassen worden zu sein

☐ aus folgendem Grund bei einer öffentlichen Verwaltung enthoben, entbunden oder entlassen worden zu sein:

g) ☐ nie strafrechtlich verurteilt worden zu sein und keine Strafverfahren im Gange zu haben

☐ folgende/s Strafverfahren im Gange zu haben:

☐ für folgende Straftaten verurteilt worden zu sein (es sind auch jene Verurteilungen für Straftaten anzugeben, die erloschen sind, nicht mehr im Strafregister aufscheinen, oder wo die Nichterwähnung des Urteils im Strafregister verfügt wurde):

h) folgende Vorzugstitel/Vorrechte laut DPR 487/94 zu besitzen:

☐ Arbeits-Invalidität (min. 34%)

☐ Zivil-Invalidität (min. 46%)

☐ Anzahl der Kinder zu Lasten:

☐ andere: (3)

i) ☐ die körperliche Eignung zu besitzen;

j) ☐ dass die beigelegten Dokumente dem Original entsprechen

k) folgende Dienste **in dieser Berufsfigur** beim Gesundheitsbezirk
 oder bei anderen **öffentlichen Körperschaften** geleistet zu haben:
 (private Arbeitgeber werden nur für die Zulassungsvoraussetzung der Berufsfigur spezialisierte Hilfskraft berücksichtigt).
 Lt. Gv.D. Nr. 165/2001 ist bei Auslandsdiensten das Datum der **Anerkennung in Italien** anzugeben.
Nicht berücksichtigt werden: der Dienst mit Werkvertrag, co.co.co. usw., wie auch unvollständige Angaben

Arbeitgeber (Name und Adresse)	Berufsfigur und Funktionsebene	Beginn			Ende			Vollzeit/ Teilzeit % /Stunden
		T	M	J	T	M	J	

Gemäß Art. 15 des Gesetzes Nr. 183 vom 12.11.11 darf keine Bestätigung (z.B. Dienstzeugnis), welche von einer öffentlichen Verwaltung oder einem privaten Betreiber öffentlicher Dienste ausgestellt wurde, vorgelegt werden. Es kann eine Ersatzerklärung abgegeben werden.

EVENTUELLE WARTESTÄNDE ODER UNTERBRECHUNGEN SIND GENAU ANZUGEBEN

Grund:	vom	bis
Grund:	vom	bis
Grund:	vom	bis

IN JEDEM FALL AUSZUFÜLLEN

l) dass beim **Gesundheitsbezirk** ein Arbeitsverhältnis **in dieser Berufsfigur** aufgelöst wurde:

☐ nein ☐ ja aus einem der folgenden Gründe:

☐ **nicht bestandene Probezeit** ☐ **Disziplinarverfahren** ☐ **andere Gründe:**

.....

m) beim **Gesundheitsbezirk**

in einer gültigen **Wettbewerbsrangordnung** für **diese Berufsfigur** aufzuscheinen: ☐ ja ☐ nein

n) in folgendem **Gesundheitsbezirk** des Südtiroler Sanitätsbetriebes zu einer Eignungsprüfung für **diese Berufsfigur** eingeladen worden zu sein:

☐ nein ☐ ja - **Bozen** ☐ **Meran** ☐ **Brixen** ☐ **Bruneck** ☐

zur Eignungsprüfung **erschienen** zu sein: ☐ ja ☐ nein

die Eignungsprüfung **bestanden** zu haben: ☐ ja ☐ nein

folgende **Punkte** erlangt zu haben:/20 Datum der Eignungsprüfung:

o) bei folgenden anderen **Gesundheitsbezirken** ein Gesuch um Aufnahme in die Rangordnung für **diese Berufsfigur**

eingereicht zu haben: ☐ nein ☐ ja - Bozen ☐ Brixen ☐ Bruneck ☐

p) beim **Gesundheitsbezirk** in **dieser Berufsfigur** tätig zu sein:

☐ nein ☐ ja – und die Probezeit **positiv** abgeleistet zu haben ☐

q) beim **Gesundheitsbezirk** eine unbefristete Anstellung in **dieser Berufsfigur** abgelehnt zu haben:

☐ nein ☐ ja Datum

r) ☐ **nicht in der Provinz Bozen ansässig zu sein** und demzufolge vom Recht Gebrauch zu machen, bis zu Beginn der Eignungsprüfung oder dem von der Verwaltung vorgegebenen Datum, die Erklärung über die Zugehörigkeit oder Angliederung zu einer der drei Sprachgruppen abzugeben und die entsprechende Bescheinigung vorzulegen (4)

Unterlagen, welche in diesem Gesundheitsbezirk aufliegen, bzw. für deren Ausstellung oder Aufbewahrung dieser zuständig ist, werden nur auf spezifische Anfrage von Seiten des Bewerbers oder der Bewerberin mit genauer Angabe aller notwendigen Informationen, welche für die Einholung der Daten notwendig sind, berücksichtigt.

Gemäß Art. 13 der Europäischen Verordnung 2013/679 informieren wir Sie, dass die von Ihnen übermittelten und vom Rechtsinhaber, dem Südtiroler Sanitätsbetrieb, gesammelten Daten ausschließlich für die Aktivierung und Verwaltung von Verfahren im Zusammenhang mit der eventuellen Einstellung und den damit verbundenen Aktivitäten und Verpflichtungen verwendet werden.

Insbesondere sind die angeforderten Daten für diese Verwaltung notwendig um Ihr Ansuchen zu bearbeiten, und ihre Nichtbereitstellung würde es nicht ermöglichen, die für ihre Verwaltung erforderlichen Prozesse zu starten und mit der eventuellen Anstellung fortzufahren.

Die zur Verfügung gestellten Informationen werden nicht weitergegeben, sondern können ausschließlich in Übereinstimmung mit den geltenden Rechtsvorschriften und insbesondere im Rahmen der durch das D.P.R. Nr. 445/2000 u.f.Ä.E. vorgesehenen Kontrollen, an andere öffentliche oder private Subjekte, weitergegeben werden.

In jedem Fall werden alle Verarbeitungsvorgänge ausschließlich von speziell damit Beauftragten und Verantwortlichen durchgeführt. Die Namensliste wird auf Anfrage an die Datenschutzsteuerungsgruppe, bestehend aus dem Datenschutzreferenten und dem Data Protection Officer, zur Verfügung gestellt; die Anfrage kann per E-Mail an die E-Mail-Adresse privacy@sabes.it oder per Einschreiben, adressiert an den rechtlichen Sitz des Rechtsinhabers, Sparkasse-Str. n. 4, 39100 Bozen, gestellt werden.

Als betroffene Person können Sie auch jederzeit die in Art. 15 der Europäischen Verordnung 2016/679 genannten Rechte ausüben, indem Sie sich direkt an die Datenschutzsteuerungsgruppe wenden und eine Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einreichen, wenn Sie glauben, dass Ihre Daten in einer Weise verarbeitet werden, die nicht der geltenden Gesetzgebung entspricht.

Für weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten konsultieren Sie bitte die Allgemeinen Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Bereich "Datenschutz" der Website www.sabes.it.

POSTANSCHRIFT FÜR MITTEILUNGEN:

Straße Nr.

PLZ Ort Prov.

EVENTUELLE ADRESSENÄNDERUNGEN MÜSSEN UNVERZÜGLICH BEKANNT GEGEBEN WERDEN FÜR FEHLENDE MITTEILUNGEN WIRD KEINERLEI VERANTWORTUNG ÜBERNOMMEN!

Datum: **Unterschrift:**

FOLGENDE UNTERLAGEN MÜSSEN EINGEREICHT WERDEN.

Fotokopie eines gültigen Ausweises, bei sonstigem Ausschluss vom Verfahren

Schulischer und beruflicher Lebenslauf auf stempelfreiem Papier verfasst (datiert und unterschrieben)

Originalbescheinigung der Zugehörigkeit oder der Zuordnung zu einer der drei Sprachgruppen (4)

- im eigenen verschlossenen Umschlag, bei sonstigem Ausschluss vom Verfahren
- das Ausstellungsdatum darf nicht länger als sechs Monate vor dem Abgabetermin zurückliegen!

Die Bestätigung des **Arbeitssicherheitsgrundkurses** (4Std.) lt. G.v.D. Nr. 81/2008 ist vor der Anstellung abzugeben

ANMERKUNGEN 1 – 4

- 1) Verheiratete Frauen geben zuerst den ledigen Namen und dann den Familiennamen des Ehemannes an.
- 2) Neben dem Zweisprachigkeitsnachweis aufgrund der bestandenen Prüfung gemäß DPR 752/1976 i.g.F., können auch die alternativen Bescheinigungen gemäß Gv.D vom 14.05.2010 Nr. 86 direkt bei der Autonomen Provinz Bozen, Dienststelle für die Zwei- und Dreisprachigkeitsprüfungen eingereicht werden: Bozen, Perathonerstraße 10 - Tel. Nr. 0471 413900 und 0471 413920 - www.provinz.bz.it/ZDP/.
- 3) 1. Träger von militärischen Orden, 2. die Kriegsversehrten oder -invaliden als ehemalige Frontkämpfer, 3. jene, deren Versehrtheit u. Invalidität durch Kriegseinwirkungen verursacht wurde, 4. die Arbeitsversehrten u. -invaliden des öffentlichen u. privaten Sektors, 5. die Kriegswaisen, 6. die Waisen, der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen, 7. die Waisen, der aus Arbeitsgründen im öffentlichen u. privaten Sektor ums Leben Gekommenen, 8. die Kampfverwundeten, 9. die mit dem Kriegsverdienstkreuz oder einer anderen Kriegsdienstleistung Ausgezeichneten, sowie die Oberhäupter einer kinderreichen Familie, 10. die Kinder der kriegsverursachten Versehrten u. ehemaligen Frontkämpfer, 11. die Kinder der kriegsverursachten Versehrten u. Invaliden, 12. die Kinder der Arbeitsversehrten u. -invaliden im öffentlichen u. privaten Sektor, 13. die verwitweten u. nicht wiederverheirateten Elternteile, sowie die verwitweten oder ledigen Geschwister der Kriegsgefallenen, 14. die verwitweten u. nicht wiederverheirateten Elternteile, sowie die verwitweten oder ledigen Geschwister der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen, 15. die verwitweten u. nicht wiederverheirateten Elternteile sowie die verwitweten oder ledigen Geschwister der aus Arbeitsgründen im öffentlichen u. privaten Sektor ums Leben Gekommenen, 16. jene die den Militärdienst als Frontkämpfer geleistet haben, 17. jede, die lobenswerten Dienst, wie immer auch die Auszeichnung sei, für mindestens ein Jahr in der Verwaltung geleistet haben, für die der Wettbewerb ausgeschrieben ist, 18. die Verheirateten und Ledigen mit Augenmerk auf die Anzahl der zu Lasten lebenden Kinder, 19. die Zivilversehrten u. -invaliden, 20. jene, die freiwillig Militärdienst bei den Streitkräften geleistet haben u. am Ende ihrer Verpflichtung oder Wiederverpflichtung ohne Tadel entlassen wurden.
- 4) **die Bescheinigung betreffend die Sprachgruppenzugehörigkeit oder die Angliederung an eine der drei Sprachgruppen.** Diese Bescheinigung wird vom Landesgericht in Bozen, Gerichtspratz – Zugang Duca D'Aosta Str. (Telefon 0471-226312-3) ausgestellt. Sie muss, **bei sonstigem Ausschluss vom Verfahren**, wie folgt eingereicht werden:
 - in Original
 - in einem verschlossenen Umschlag
 - das Ausstellungsdatum darf nicht mehr als 6 Monate vor dem Fälligkeitsdatum der Ausschreibung zurückliegen

Gemäß Dekret des Landeshauptmannes Nr. 10 vom 30.03.2017 haben die Kandidatinnen/die Kandidaten, **welche nicht in der Provinz Bozen ansässig sind**, das Recht, bis zu Beginn der Eignungsprüfung die Erklärung über die Zugehörigkeit oder Angliederung zu einer der drei Sprachgruppen abzugeben und die entsprechende Bescheinigung vorzulegen.
Eine Eigenerklärung ist nicht möglich!

Rossinistraße 7 | 39012 Meran
Tel. 0473 263 836
www.sabes.it | anstellungen-assunzioni.me@sabes.it
anstellungen.assunzioni-me@pec.sabes.it
Firmenname: Südtiroler Sanitätsbetrieb
Str.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Via Rossini 7 | 39012 Merano
Tel. 0473 263 836
www.asdaa.it | anstellungen-assunzioni.me@sabes.it
anstellungen.assunzioni-me@pec.sabes.it
Ragione soc.: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211