

**PERMANENTE RANGORDNUNG**  
**Gesuch um zeitbegrenzte Aufnahme (Supplenzen oder Beauftragungen)**

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

**Wer wahrheitswidrige Erklärungen abgibt, Akten fälscht oder diese verwendet, wird im Sinne des Strafgesetzbuches und der einschlägigen Sondergesetze bestraft (Art. 76 DPR 445/2000). Eine unwahre Erklärung bringt den Verfall der Rechte mit sich, welche aus der Maßnahme entstehen, die aufgrund der Erklärung erlassen wurde**

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

**PERSÖNLICHE DATEN**

Nachname ..... (1)

Name .....

geboren in ..... am .....

Steuernummer .....

wohnhaft in ..... PLZ .....

Straße ..... Nr. ....

Tel.....E-Mail.....

**ICH ERSUCHE UM EINTRAGUNG IN DIE RANGORDNUNG FÜR**

**DIE BERUFSFIGUR:** .....

gewünschtes Dienstverhältnis:                      ☐ Vollzeit                      ☐ Teilzeit

**ICH ERKLÄRE UNTER EIGENER VERANTWORTUNG:**

- a) ☐ italienische/r Staatsbürger/in-, oder Staatsbürger/in des folgenden EU Staates zu sein:  
.....  
☐ anderes, Anspruchsberechtigte laut Art. 38 des GvD Nr. 165/2001: .....  
Dokument, welches obgenanntes Recht belegt, beilegen (z.B. Aufenthaltsberechtigung,...)
- b) ☐ in den Wählerlisten der Gemeinde ..... eingetragen zu sein  
☐ dass er/sie aus den folgenden Gründen nicht in den Wählerlisten einer Gemeinde eingetragen ist:  
.....
- 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)  
ausgestellt von der Dienststelle für Zwei- und Dreisprachigkeitsprüfungen Bozen 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:

Abschlussdiplom der: ☐ Grund- ☐ Mittel- ☐ Oberschule (abgeschlossene Jahre \_\_\_\_\_)

.....  
(Name der Schule, Ort und Datum)

falls im Ausland abgeschlossen anerkannt durch ..... Datum .....

folgendes **Berufsdiplom**/folgenden **Gesellenbrief**/folgendes **Laureatsdiplom** zu besitzen:

..... an folgender Schule/Universität

.....am.....abgeschlossen.

falls im Ausland abgeschlossen anerkannt durch ..... Datum .....

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

folgenden **Hochschulabschluss** zu besitzen in:

.....  
(Name der Universität, Ort und Datum)

falls im Ausland abgeschlossen anerkannt durch ..... Datum .....

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

.....  
(Fachbereich, Universität, Ort und Datum)

falls im Ausland abgeschlossen anerkannt durch ..... Datum .....

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

Provinz: ..... Datum: ..... Nr. ....

e) dass er/sie im Besitze der körperlichen Eignung ist

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) ☐ dass er/sie nie strafrechtlich verurteilt worden ist und kein Strafverfahren anhängig hat;

☐ dass er/sie folgende Strafverfahren anhängig hat: .....

☐ dass gegen ihn/sie folgende Strafurteile ausgesprochen wurden (es sind auch jene Strafurteile anzugeben, für welche die strafbare Handlung als erloschen erklärt wurde oder die Nichterwähnung des Urteils im Strafregister verfügt wurden): .....

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) folgende Dienste in **dieser Berufsfigur** beim Gesundheitsbezirk Bozen oder bei anderen **öffentlichen Körperschaften** geleistet zu haben:  
 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<br>(Name und Adresse) | Berufsfigur und Funktionsebene | Beginn |   |   | Ende |   |   | Vollzeit/<br>Teilzeit %<br>/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

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

- ☐ nein ☐ ja aus einem der folgenden Gründe:  
☐ nicht bestandene Probezeit ☐ Disziplinarverfahren ☐ andere Gründe:

.....

k) beim GB Bozen in einer gültigen **Wettbewerbsrangordnung für diese Berufsfigur** aufzuscheinen:

- ☐ nein ☐ ja

l) in folgendem Gesundheitsbezirk des Südtiroler Sanitätsbetriebes zu einer Eignungsprüfung für diese Berufsfigur eingeladen worden zu sein: ☐ nein ☐ ja

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

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

Punkte ...../20 Datum der Eignungsprüfung: .....

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

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

Punkte ...../20 Datum der Eignungsprüfung: .....

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

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

Punkte ...../20 Datum der Eignungsprüfung: .....

m) beim Gesundheitsbezirk Bozen jemals eine unbefristete Anstellung in dieser Berufsfigur abgelehnt zu haben:

- ☐ nein ☐ ja Datum .....

n) beim Gesundheitsbezirk Bozen tätig zu sein: ☐ nein ☐ ja Berufsfigur .....

o) ☐ dass die beigelegten Dokumente dem Original entsprechen

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.

Die erhobenen Daten werden zum Zwecke der Anstellung und damit zusammenhängenden Tätigkeiten und Verpflichtungen verwendet. Es stehen alle Rechte zu, welche vom Art. 7 des L.D. Nr. 196/2003 vorgesehen sind. Inhaber der Daten in der Person des gesetzlichen Vertreters ist der Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen, Sparkassenstr. 4, 39100 Bozen.

Ich ermächtige den Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen, im Sinne des Art. 7 des L.D. Nr. 196/2003, die angeführten Daten zum Zwecke der Anstellung und damit zusammenhängenden Tätigkeiten und Verpflichtungen zu verwenden.

#### POSTANSCHRIFT FÜR MITTEILUNGEN:

Straße ..... Nr. ....

PLZ ..... Ort .....

Tel. Nr./Handy: .....E-Mail Adresse: .....

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

Datum: ..... **Unterschrift:** .....

#### FOLGENDE UNTERLAGEN MÜSSEN BEIGELEGTE WERDEN:

**Fotokopie eines gültigen Ausweises** (Vorder- und Rückseite)

**Lebenslauf** (datiert und unterschrieben)

#### 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 zusammen mit dem Ansuchen vorgelegt werden. Die für die Ausstellung dieser Bescheinigungen notwendigen Dokumente müssen 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/](http://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 kriegs-verursachten 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) **Bewerber und Bewerberinnen, welche in der Autonomen Provinz Bozen ansässig sind:**  
Zum Zwecke des Nachweises der Zugehörigkeit oder der Angliederung an eine der drei Sprachgruppen sind diese Bewerber/innen verpflichtet, die gemäß Absatz 3, Art. 20ter, des DPR Nr. 752 vom 26. Juli 1976 i.g.F. ausgestellte Bescheinigung ausschließlich, wie in Punkt **2 b) der Kundmachung** angeführt, **bei sonstigem Ausschluss** vom Verfahren einzureichen. Die Bescheinigung ist beim Landesgericht in Bozen und dessen Außenstellen erhältlich und **sechs Monaten vor Ablauf des Einreichetermines ausgestellt** worden sein. Der Nachweis mittels Selbsterklärung ist nicht möglich.  
**Bewerber und Bewerberinnen, welche nicht in der Autonomen Provinz Bozen ansässig sind:**  
italienische Staatsbürger/innen und Staatsbürger/innen anderer Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, auch wenn sie nicht in der Provinz Bozen ihren Wohnsitz haben, sind ermächtigt, im Sinne des Art. 20-ter des DPR vom 26.7.1976, Nr. 752 abgeändert gemäß Art. 2 des Gesetzesvertretenden Dekretes vom 23.05.2005, Nr. 99 und mit denselben Wirkungen, wie sie aufgrund der vorgenannten Bestimmungen für die in der Provinz Bozen Ansässigen vorgesehen sind, eine Erklärung über die Zugehörigkeit oder Zuordnung zu einer der Sprachgruppen der Provinz Bozen abzugeben.  
Für die Anforderung der entsprechenden Bescheinigungen u. für allfällige Auskünfte steht die zentrale Dienststelle des Landesgerichts in Bozen, Gerichtsplatz 1, Eingang Duca D'Aosta Straße, Parterre (Tel. Nr. 800843622 E-Mail: [gruppolinguiistico.tribunale.bolzano@giustizia.it](mailto:gruppolinguiistico.tribunale.bolzano@giustizia.it)) zur Verfügung. (Verfügung des Landesgerichtspräsidenten, Prot. 640/I/10).  
Der Nachweis mittels Selbsterklärung ist nicht möglich. Die Bescheinigung muss vom obgenannten zuständigen Amt ausgestellt werden.