FAC SIMILE ALLEGATO A)

AL DIRETTORE GENERALE

DELLA AZIENDA USL DI PESCARA

Via Renato Paolini, 45

65124 PESCARA

Il/lasottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

chiede di essere ammesso a partecipare all’avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, riservato a dirigente medico della disciplina di medicina fisica e riabilitazione, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 16 luglio 2016, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con delibera direttoriale numero \_\_\_\_\_\_del , per il profilo professionale di dirigente medico della disciplina di: medicina fisica e riabilitazione;

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

1) di chiamarsi (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. di \_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di risiedere in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_\_\_) c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1);

4) di aver riportato (ovvero di non aver riportato) le seguenti condanne penali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2) e di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari nell’ultimo biennio conclusisi con provvedimenti sanzionatori;

5) di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

7) di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con durata del corso di studi pari ad anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare se conseguito ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 così come modificato dal D.Lgs. n. 368/99 e la durata legale della scuola);

8) di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

9) di essere iscritto all’Albo professionale dell’Ordine dei Medici-Chirurghi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

10) di prestare attualmente servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato in qualità di Dirigente Medico nella disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso l’unità operativa/servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ovvero dell’Ente/Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

11) di aver superato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il periodo di prova presso l’Azienda/l’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-;

12) di essere in possesso della piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza per la quale richiede la mobilità senza alcuna limitazione;

13) di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni.

14) di prestare consenso, in base al Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, al trattamento dei dati personali.

Allega alla presente domanda un curriculum formativo-professionale compilato secondo le indicazioni contenute nell’allegato B) del bando della presente selezione, nonché la seguente ulteriore documentazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

Dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa all’avviso al seguente indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c.a..p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)

(1) - In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi.

(2) - Le condanne penali vanno dichiarate anche quando sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale.

(3) - La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

Allegare fotocopia fronte retro di un valido documento di identità del sottoscrittore.

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato, in corso di validità FAC SIMILE ALLEGATO B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, riservato a dirigente medico della disciplina di medicina fisica e riabilitazione, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 16 luglio 2016, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con delibera direttoriale numero \_\_\_\_\_\_\_del , dichiara, in sostituzione di certificazioni, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace:

(a titolo esemplificativo si elencano alcune fattispecie che possono essere oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione)

\* di essere in possesso della professionalità specifica in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiesta dal bando;

\* di essere in possesso del Diploma di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell’anno accademico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\* di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\* di essere in possesso del diploma di specializzazione in : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell’anno\_\_\_\_\_\_\_\_,(specificare se conseguito ai sensi del Decreto Legislativo n. 257/91 così come modificato dal Decreto Legislativo n. 368/99 e la durata legale della scuola).

\* di essere iscritto all’ordine dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_dalla data del \_\_\_\_con il numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

\* di essere in possesso dei titoli di preferenza di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\* di non essere stato dichiarato dall’organismo competente fisicamente “non idoneo” ovvero “idoneo con prescrizioni particolari” alle mansioni del profilo oggetto della mobilità per cui si richiede la partecipazione, ovvero, di non essere stato formalmente dichiarato limitato al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso;

\* di aver superato il periodo di prova;

\* di aver riportato (ovvero di non aver riportato) le seguenti condanne penali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2) e di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari nell’ultimo biennio conclusisi con provvedimenti sanzionatori;

\* di essere in possesso dell’ulteriore titolo di studio in : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_,

\* di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili :

Attestati di partecipazione a congressi, convegni, corsi di aggiornamento, di formazione professionale e di qualificazione tecnica ecc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto .

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una

Amministrazione dello Stato, in corso di validità. Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni

FAC SIMILE ALLEGATO C)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, riservato a dirigente medico della disciplina di medicina fisica e riabilitazione, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 16 luglio 2016, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con delibera direttoriale numero del , per il profilo professionale di dirigente medico della disciplina di medicina fisica e riabilitazione, ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace:

**(a titolo esemplificativo si elencano alcune fattispecie che possono essere oggetto di dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà)**

D I C H I A R A

\* di prestare attualmente servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato in qualità di Dirigente Medico della disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’unità operativa/servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e con prestazione oraria settimanale pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con le seguenti interruzioni del servizio:

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\* di aver prestato i seguenti servizi (precisare presso quale Ente/Azienda, natura del rapporto se subordinato, coordinato e continuativo, libero professionale, decorrenza del rapporto di lavori e fine rapporto di lavoro, orario di lavoro settimanale, eventuali interruzioni del servizio) :

-dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto di lavoro di tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e con prestazione oraria settimanale pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nonché con le seguenti interruzioni del servizio:

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\* di aver svolto attività di insegnamento come segue:

-dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per un numero di ore pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto .

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato, in corso di validità.

Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/odelle pubblicazioni.

FAC SIMILE ALLEGATO D)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/la sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, riservato a dirigente medico della disciplina di medicina fisica e riabilitazione, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 16 luglio 2016, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso le Amministrazioni di cui all’art. 1 comma 2 del D.Lgs. 165/2001 e presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 16 luglio 2016, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con delibera direttoriale numero del , ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace:

**D I C H I A R A**

\* che le allegate copie integrali delle seguenti pubblicazioni sono conformi all’originale in suo possesso:

TITOLI DEL LAVORO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per consentire la corretta valutazione delle pubblicazioni è necessario allegare alla domanda copia integrale delle stesse.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto, in corso di validità.

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato.

Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni.

Non saranno valutate le pubblicazioni, seppur allegate in copia integrale, non elencate nella presente dichiarazione

|  |  |
| --- | --- |
| **www.ausl.pe.it** | **Regione Abruzzo**  **ASL 03 Pescara** |
| **INFORMATIVA SPECIFICA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA:**  **“Gestione e Selezione delle Risorse Umane”**  **Art. 13 Regolamento UE 679/2016** |
|

## Nuovo LOGO ASL PESCARA

Gentile candidato,

- al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui agli articoli 13 e 14, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all’articolo 34 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue> ,

- ai sensi dell’art. 13 del Regolamento, La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) e quelli relativi a condanne penali o reati (art. 10 del Regolamento), che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la ASL di Pescara;

Le vengono fornite le seguenti informazioni.

**1. ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E SUOI DATI DI CONTATTO**

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Pescara, nella persona del suo Direttore Generale. Titolare del trattamento è la persona fisica o giuridica che «determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali» (articolo 4, n. 7 del Regolamento).

I dati di contatto del Titolare sono:

ASL di Pescara, Via R. Paolini, 47 a Pescara.

email: [segreteria\_dg@ausl.pe.it](mailto:segreteria_dg@ausl.pe.it) , PEC: [protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it)

**2. DATI DI CONTATTO** **DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Al responsabile per la protezione dei dati il Regolamento demanda i compiti indicati dall’articolo 39, tra i quali spiccano, per importanza, quello di:

- «fornire consulenza al titolare del trattamento […] nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento»;

- «sorvegliare l’osservanza del […] regolamento»;

- «cooperare con l’autorità e fungere da punto di contatto con l’autorità di controllo».

Gli interessati «possono contattare il responsabile della protezione dei dati per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all’esercizio dei loro diritti derivanti dal […] regolamento» (articolo 38, paragrafo 4 del Regolamento).

Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati:

ASL di Pescara, Via R. Paolini, 47 a Pescara

email: [dpo@ausl.pe.it](mailto:dpo@ausl.pe.it) , PEC: [dpo.aslpe@pec.it](mailto:dpo.aslpe@pec.it)

**3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO.**

I trattamenti di dati effettuati dalla ASL di Pescara nell’esercizio delle sue funzioni di Datore di Lavoro, nell’ambito delle attività svolte per le attività relative alle fasi di selezione propedeutiche all’Instaurazione e gestione del rapporto di lavoro del personale inserito a vario titolo presso l’azienda sanitaria compreso collocamento obbligatorio e assicurazioni integrative, comprensivi delle attività amministrative ad essi correlate sono relative alla seguente finalità:

* Selezione finalizzata all’instaurazione dei rapporti di lavoro dipendente.

1. Il trattamento di categorie particolari di dati personali (art. 9 del Regolamento) viene effettuato solo quando necessario (con riferimento alle basi giuridiche previste dall’art. 9, par. 2 lett. b) del Regolamento UE 2016/679), secondo quanto stabilito dal Provvedimento del Garante Privacy n.146 del 05 giugno 2019.

**4. BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**.

* Il trattamento è necessario all’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6.1.b del Regolamento);
* Il trattamento è necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell’interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell’Unione o degli Stati membri o da un contratto collettivo ai sensi del diritto degli Stati membri, in presenza di garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell’interessato. (art. 9.2.b del Regolamento).

**5. AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)**

|  |
| --- |
| I Suoi dati saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d’ufficio.  I suoi dati personali all’interno dell’ASL sono trattati esclusivamente da personale specificatamente nominato quale “soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o meno a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento”.  I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, ai seguenti soggetti:   * Regione Abruzzo; * Uffici competenti per il collocamento mirato, in ordine alle assunzioni, cessazioni e modifiche al rapporto di lavoro relativamente ai dati anagrafici degli assunti appartenenti alle cd “categorie protette”. ; * Presidenza del Consiglio dei Ministri con riferimento all’elenco del personale disabile assunto (ai sensi art.7 del D.L. 4/2006 convertito in L..80/2006). |

**6. DIRITTI DELL’INTERESSATO**

|  |
| --- |
| Ella può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento:   * Accesso (art. 15 del Regolamento) * Rettifica (art. 16 del Regolamento) * Cancellazione (oblio) (art. 17 del Regolamento): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c) * Limitazione del trattamento (art. 18 del Regolamento) * Portabilità (art. 20 del Regolamento): non esercitabile nell’esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3) * Opposizione al trattamento, (art. 21 del Regolamento)   Per l’esercizio dei diritti di cui sopra Ella può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati. |

**7. DIRITTO DI REVOCA DEL CONSENSO**

|  |
| --- |
| Ella ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.  Ella può esercitare tale diritto mediante compilazione del modulo di consenso allegato alla presente informativa. |

**8. DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL’AUTORITÀ DI CONTROLLO**

|  |
| --- |
| Ella, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento). |

**9. PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO.**

Conservazione Illimitata: Documentazione per benefici ex art. 33 legge n. 104/92 e congedi straordinari ex art. 42 D.lgs. 151/2001 – 5 anni; Certificati di malattia del candidato – 5 anni; atti relativi ai concorsi (normativa; atti istruttori; nomina vincitori, ecc.) illimitato per i verbali unitamente al relativo bando. 5 anni la restante documentazione.

**10. MODALITA’ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

|  |
| --- |
| Il trattamento dei dati avviene mediante l’utilizzo di strumenti automatizzati e non, i suoi dati personali sono, altresì, trattati dal personale dell’Azienda, nominato “soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento”, nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.  I Suoi dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art 9), saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.  I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche).  Tutti i Suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei Principi applicabili al trattamento di dati personali secondo quanto previsto dall’art. 5 del Regolamento. |

**11. NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI**

|  |
| --- |
| Il conferimento dei dati è indispensabile per potere partecipare alla selezione e, pertanto, il mancato conferimento rende ciò impossibile. |