**ALLEGATO A)**

(fac simile domanda di partecipazione all’avviso pubblico)

 **AL DIRETTORE GENERALE**

 **DELLA U.S.L. DI PESCARA**

 **Via R.Paolini, 45**

 **65124 PESCARA**

 Il sottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

chiede di essere ammesso a partecipare al pubblico avviso per titoli e colloquio, per l’ assunzione a tempo determinato di un dirigente medico della disciplina di patologia clinica per le esigenze dell’UOS Medicina di Laboratorio e per eventuali e future esigenze aziendali, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con deliberazione n. del .

 Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all’articolo 76 del medesimo decreto:

di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. di \_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_\_\_) c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1);

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2);

di aver riportato le seguenti condanne penali (ovvero di non aver riportato condanne penali):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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).

di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione medico - chirurgica;

di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di aver prestato servizio o di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4);

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

di aver adeguata conoscenza della lingua italiana (5);

di essere in possesso del seguente titolo di precedenza o preferenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di prestare consenso, in base al D.Lgs.vo n. 196 del 30/06/2003, al trattamento dei dati personali.

Allega alla presente domanda la seguente documentazione prevista dal bando di avviso:

 - dichiarazioni sostitutive comprovanti l’eventuale diritto di precedenza o preferenza nella nomina;

 - curriculum formativo e professionale;

- elenco in carta semplice in tre copie dei documenti e dei titoli presentati agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria;

 - elenco delle pubblicazioni presentate.

 Dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa all’avviso al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Si allega copia di un valido documento di identità del sottoscrittore.

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

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) - Italiana o di uno degli altri membri dell’Unione Europea, indicando quale.

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

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

(4) - Vanno dichiarati i servizi presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego anche con rinvio ai contenuti dichiarati in Allegato C.

(5) - Tale dichiarazione è richiesta solo ai candidati cittadini degli stati Membri dell’Unione Europea.

FAC SIMILE **ALLEGATO B**

 **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

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

 Il/lasottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con riferimento all’istanza di partecipazione all’ pubblico avviso per titoli e colloquio, per l’ assunzione a tempo determinato di un dirigente medico della disciplina di patologia clinica per le esigenze dell’UOS Medicina di Laboratorio e per eventuali e future esigenze aziendali, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con deliberazione n. 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 di cui all’articolo 76 del medesimo decreto:

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

\* di essere in possesso dei titoli di precedenza o preferenza di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_

\* di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione medico-chirurgica, conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_ \_presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* di essere in possesso del diploma di specializzazione in :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_

(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);

\* di essere iscritto all’ordine dei medici della Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con il n.ro di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

con riferimento all’istanza di partecipazione all’ pubblico avviso per titoli e colloquio, per l’ assunzione a tempo determinato di un dirigente medico della disciplina di patologia clinica per le esigenze dell’UOS Medicina di Laboratorio e per eventuali e future esigenze aziendali, indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con deliberazione numero deliberazione n. 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 di cui all’articolo 76 del medesimo decreto;

**(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 aver prestato i seguenti servizi (precisare la natura del rapporto se subordinato, convenzionato, coordinato e continuativo, libero professionale, eccetera):

SERVIZIO I

* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ente Pubblico Ente privato Ente privato convenzionato SSN;
* natura del rapporto di lavoro: subordinato, libero professionale, collaborazione coordinata e continuata, rapporto a convenzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare se trattasi di specialistica ambulatoriale, guardia medica, etc.);
* tempo: pieno, definito, unico, ridotto;
* N. ore sett.li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

SERVIZIO II

* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ente Pubblico Ente privato Ente privato convenzionato SSN;
* natura del rapporto di lavoro: subordinato, libero professionale, collaborazione coordinata e continuata, rapporto a convenzione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare se trattasi di specialistica ambulatoriale, guardia medica, etc.);
* tempo: pieno, definito, unico, ridotto;
* N. ore sett.li \_\_\_\_\_\_\_\_

SERVIZIO III

* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ente Pubblico Ente privato Ente privato convenzionato SSN;
* natura del rapporto di lavoro: subordinato, libero professionale, collaborazione coordinata e continuata, rapporto a convenzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare se trattasi di specialistica ambulatoriale, guardia medica, etc.);
* tempo: pieno, definito, unico, ridotto;
* N. ore sett.li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di avere fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal …………… al …………… per …………………. (tipologia);

dal …………… al …………… per …………………. (tipologia);

di aver svolto attività di insegnamento:

 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 sottoscrittore.

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 D)**

|  |  |
| --- | --- |
| **www.ausl.pe.it** | **Regione Abruzzo****ASL 03 Pescara** |
| **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI****Artt. 13/14 Regolamento UE 679/2016** |
|

##  “Gestione Selezione Risorse Umane”

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, 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.

**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.

**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).

**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 i verbali unitamente al relativo bando. 5 anni la restante documentazione;

**Categorie di Dati Personali**

* Dati personali: dati anagrafici (art. 4.1)
* Particolari categorie di dati personali (art.9)
	+ Dati relativi alla salute (attuale e pregressa) dell’interessato
	+ Dati relativi all’origine razziale o etnica,
	+ Dati relativi alle convinzioni religiose o filosofiche
* Dati personali relativi a condanne penali e reati (art. 10)

**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).
 |

**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. |

**OBBLIGATORIETA’ DEL CONFERIMENTO DEI DATI**

|  |
| --- |
| Il conferimento è obbligatorio in quanto i dati richiesti sono indispensabili per la procedura di selezione finalizzata all’instaurazione del rapporto di lavoro con la ASL di Pescara; di conseguenza il mancato conferimento degli stessi rende impossibile instaurare il suddetto rapporto. |

**ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE E DEI RESPONSABILI**

|  |
| --- |
| Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Pescara, con sede in V. R. Paolini, 47 a Pescara, nella persona del suo Direttore Generale. Dati di contatto del Titolare: email: segreteria\_dg@ausl.pe.it , PEC: aslpescara@postecert.it Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati: email: dpo@ausl.pe.it , PEC: dpo.aslpe@pec.it  |

**DIRITTI DELL’INTERESSATO – ARTT. 15 e ss**

|  |
| --- |
| 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 l’adempimento di obbligo giuridico che richieda il trattamento previsto dal diritto dell’Unione o dello Stato membro cui è soggetto il Titolare del trattamento (art. 17.3.b)
* Limitazione del trattamento (art. 18 del Regolamento)
* Portabilità (art. 20 del Regolamento)
* 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. |

**DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL’AUTORITÀ DI CONTROLLO – ARTT.77, 79**

|  |
| --- |
| 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). |

**FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI – ART.14**

**(da inserire manualmente a cura del soggetto autorizzato solo se i dati non sono raccolti presso l’interessato)**

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Data ……………………………… Firma del candidato (per presa visione) ………………………………………………