

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA
Via Ravona n. 20**

22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. di _____)
il _____ **e residente in** _____
_____ (prov. di _____) **C.A.P.** _____
Via _____ **n.** _____ **Tel.** _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso pubblico per la procedura di stabilizzazione di cui all'art. 1, comma 268, lett. B) della l. 234/2021 e s.m.i. per il profilo professionale di: **Dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e dalla professione di ostetrica.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana
 di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato appartenente alla UE _____
 di essere in possesso della cittadinanza dello Stato di _____
 titolare del diritto / permesso di _____
 titolare dello status di rifugiato
 titolare dello status di protezione sussidiaria

2. per i cittadini italiani:
 di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

per i cittadini degli altri Paesi:

- di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza
ovvero (specificare i motivi in caso negativo) _____

3. di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
 di avere subito le seguenti condanne penali _____
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
presso il Tribunale di _____

4. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

5. di essere in possesso di tutti i requisiti di cui ai punti a) e b) del suindicato avviso pubblico per la procedura di stabilizzazione
6. di non essere titolare di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso una Pubblica Amministrazione in profilo equivalente o superiore a quello oggetto della procedura di stabilizzazione
7. di aver prestato i servizi come specificati nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata alla presente domanda, la quale costituisce parte integrante della stessa
8. di non essere stato destituito/a (licenziato/a) o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo Contratto Collettivo
9. di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo ad avviso per il quale il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a
10. di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione _____

11. di appartenere a categorie con diritto a preferenze ai sensi della normativa statale _____

12. che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente avviso pubblico.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.

Il/la sottoscritto/a, chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ (Prov. di _____)

PEC o CEC – PAC (intestata al sottoscritto)

Il sottoscritto avendo indicato l'indirizzo di PEC o CEC- PAC accetta che stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.

Data _____

FIRMA _____

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____
rilasciato il _____ da _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) di aver prestato/di prestare servizio presso:

a) denominazione Ente _____
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di _____ via _____ n. _____

qualifica _____

tipologia del rapporto di lavoro (dipendente – libero professionista – co.co.co)

- tempo determinato tempo indeterminato
- tempo pieno tempo parziale, orario settimanale (n. ore) _____

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

causa risoluzione rapporto _____

b) denominazione Ente _____
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di _____ via _____ n. _____

qualifica _____

tipologia del rapporto di lavoro (dipendente – libero professionista – co.co.co)

- tempo determinato tempo indeterminato
- tempo pieno tempo parziale, orario settimanale (n. ore) _____

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

causa risoluzione rapporto _____

c) denominazione Ente _____
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di _____ via _____ n. _____

qualifica _____

tipologia del rapporto di lavoro (dipendente – libero professionista – co.co.co)

tempo determinato

tempo indeterminato

tempo pieno

tempo parziale, orario settimanale (n. ore) _____

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

causa risoluzione rapporto _____

d) denominazione Ente _____
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di _____ via _____ n. _____

qualifica _____

tipologia del rapporto di lavoro (dipendente – libero professionista – co.co.co)

tempo determinato

tempo indeterminato

tempo pieno

tempo parziale, orario settimanale (n. ore) _____

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

causa risoluzione rapporto _____

2) dichiara di aver usufruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal _____ al _____ per motivi _____

dal _____ al _____ per motivi _____

dal _____ al _____ per motivi _____

3) altre eventuali dichiarazioni

Il sottoscritto autorizza ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196 e del Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016 (GDPR - General Data Protection Regulation) l'utilizzo dei propri dati personali ai soli fini della presente procedura.

luogo

data

(il/la dichiarante)

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445, IN QUANTO ALLEGATO CHE FORMA PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DI ISTANZA DIRETTA AGLI ORGANI DELLA AMMINISTRAZIONE PUBBLICA O AI GESTORI O ESERCENTI DI PUBBLICI SERVIZI

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il

da



INFORMATIVA

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679
PER I CANDIDATI AI CONCORSI PUBBLICI DELL'ASST LARIANA

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali che La riguardano formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata. Per questo desideriamo fornirle le relative informazioni.						
Titolare del trattamento e dati di contatto per l'esercizio dei diritti		Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana - Sede legale: Via Napoleona n. 60 – 22100 – Como – Italia – C.F. 03622110132 - Sede operativa: Via Ravona n. 20 – 22042 – San Fermo della Battaglia (Como) – Italia – Tel. 0315851 – email dir.gen@pec.asst-lariana.it – PEC protocollo@pec.asst-lariana.it				
Finalità	Dati trattati	Base giuridica (riferita al GDPR)		Destinatari		Durata della conservazione
Istruttoria delle candidature alle selezioni pubbliche bandite dalla ASST Lariana	Dati riferiti ai requisiti previsti dal bando di selezione Dati riportati nel curriculum vitae (qualora richiesto dal bando)	Obbligo legale (art. 6 p. 1 lett. c del GDPR) e azioni precontrattuali (art. 6 p. 1 lett. b del GDPR) per i requisiti previsti dal bando Interesse pubblico rilevante (art. 9 p. 2 lett. g del GDPR) per eventuali particolari categorie di dati personali (<i>ex dati sensibili</i>) riportati nel curriculum vitae		Altri soggetti pubblici per la verifica dell'autocertificazione Pubblicazione sul sito web dell'ente dell'esito della procedura		I dati vengono conservati fino al decimo anno successivo alla conclusione della procedura selettiva, salvo contenzioso e conformemente alle previsioni del Codice dei beni culturali (D. Lgs. 42/2004) per l'archiviazione dei documenti pubblici per finalità di ricerca storica
Registrazione alla piattaforma per la presentazione della candidatura	Nome, cognome, data di nascita, sesso, codice fiscale, indirizzo e-mail ordinario (dati eventualmente acquisiti tramite SPID)	Consenso (art. 6 p. 1 lett. a del GDPR) <i>Il mancato consenso per questi dati non consentirà la registrazione alla piattaforma e, quindi, la valutazione della candidatura. Il consenso è revocabile in qualsiasi momento tramite richiesta ai dati di contatto esposti nella presente informativa</i>		Nessuno		Il periodo di conservazione dei dati trattati è pari ad un anno dalla conclusione dell'ultima procedura selettiva alla quale il candidato ha proposto la candidatura
Gestione delle prove selettive a distanza	Video e audio dei candidati durante le prove	Interesse pubblico (art. 6 p. 1 lett. e del GDPR)		Soggetto esterno alla ASST Lariana che fornirà la piattaforma telematica per la realizzazione delle prove		Il periodo di conservazione dei dati trattati è pari ad un mese dalla conclusione della prova. Successivamente faranno fede i verbali della commissione d'esame
Fonte dei dati trattati	Direttamente dal candidato, dal provider dell'identità digitale o da altri soggetti pubblici per la verifica dell'autocertificazione (ai sensi del DPR 445/2000)					
Diritti dell'interessato	Diritto	Riferimento al GDPR	Diritto	Riferimento al GDPR	Diritto	Riferimento al GDPR
	Revoca del consenso (quando il consenso è la base giuridica del trattamento)	Art. 7	Cancellazione dei dati personali	Art. 17	Opposizione al trattamento	Art. 21
	Accesso ai dati personali	Art. 15	Limitazione del trattamento	Art. 18	Diritto alla comunicazione della violazione	Art. 34
	Rettifica dei dati personali	Art. 16	Portabilità ad altra piattaforma	Art. 20	Diritto al reclamo al Garante per la Protezione dei Dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma - protocollo@gpdp.it - 06696771	Art. 77
Processo decisionale automatizzato: NO		Trasferimenti dei dati a paesi extra UE: NO			Profilazione dell'interessato: NO	
Responsabile della Protezione dei Dati Personali	ISFORM & CONSULTING SRL – Via Guido Dorso 75 – 70125 – Bari - email info@isformconsulting.it - PEC isform.srl@pec.it – Tel.0805025250 Persona fisica da contattare: Francesco Maldera – email fmalde@libero.it – PEC francesco.maldera@pec.it					
Dati di contatto per l'esercizio dei diritti	L'esercizio dei diritti potrà essere richiesto con istanza da inviare agli indirizzi del Titolare o del Responsabile della Protezione dei Dati Personali completa di copia del documento					

Per il Titolare
La Dirigente della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
Dott.ssa Cinzia Volontero^(*)

(*) In conformità a quanto previsto dall'art. 6, comma 1, punto g del Regolamento per la protezione dei dati personali dell'ASST Lariana approvato con deliberazione n. 442 del 28.05.2020