

Fac simile di domanda

**Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero
Universitaria di Cagliari
Via Ospedale, 54
09124 Cagliari**

OGGETTO: AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N° 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA PEDIATRIA.

Il/La sottoscritto/a _____, C.F. n. _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico in oggetto.

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

1. di essere nato/a a _____; Prov _____; il _____;
2. di essere residente a _____;
via _____; n. _____ C.A.P. _____;
3. di essere in possesso della cittadinanza _____;
4. di godere dei diritti civili e politici (i cittadini non italiani, devono specificare il godimento dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza) _____;
 di non godere dei diritti civili e politici [barrare e compilare se ci si trova in questa condizione] _____;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
 di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi [barrare e compilare se ci si trova in questa condizione] _____;
6. di non avere riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
 di non avere procedimenti penali pendenti [barrare se ci si trova in questa condizione]
 di avere riportato condanne penali [barrare e compilare se ci si trova in questa condizione] _____;
 di avere procedimenti penali pendenti [barrare e compilare se ci si trova in questa condizione] _____;
7. di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da un pubblico impiego [barrare se ci si trova in questa condizione]
 di essere stato destituito, dispensato o licenziato da un pubblico impiego per la seguente causa:
_____ [barrare e compilare se ci si trova in questa condizione];
8. Di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (solo per i candidati di sesso maschile)
_____;
9. di essere in possesso della idoneità fisica alle mansioni da svolgere;
10. di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ come richiesto dal Bando, conseguito nell'anno accademico _____ presso _____ con votazione _____;
11. Di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di _____ rilasciata da _____

il _____;

12. di essere iscritto all'albo _____;
13. di essere in possesso della specializzazione in _____ (ovvero equipollente ai sensi dell'allegato 1 "Tabella delle specializzazioni in discipline affini area medica e delle specialità mediche" al D.M. 30/01/1998); di aver conseguito la specializzazione in data _____ e che la durata della stessa è stata pari ad anni _____ e che l'immatricolazione è avvenuta in data _____;
14. Titoli di servizio. Di avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o datori di lavoro privati come segue (indicare l'Amministrazione c/o la quale è stato o è svolto il servizio, tipologia di contratto, se in posizione di ruolo o non di ruolo, periodo e durata: anni, mesi e giorni, settore/area di attività, profilo professionale e categoria di inquadramento)

Pubblica Amministrazione	Data inizio	Data fine	Qualifica	Profilo	Tipologia contratto (det/indet/co.co.co, etc	Impegno orario settimanale
Casa di cura/ente privato	Data inizio	Data fine	qualifica	Profilo	Tipologia contratto (det/ indet/co.co.co, etc	Impegno orario settimanale

15. Titoli di studio oltre a quello richiesto dal bando di concorso in oggetto. Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (indicare Istituto presso il quale è stato conseguito, l'anno di conseguimento e votazione):

_____ ;

16. Titoli vari. Di essere in possesso dei seguenti Titoli (indicare con precisione da chi è stato rilasciato – Istituto, Ente o altro - l'oggetto, la natura, l'eventuale periodo e durata, la valutazione conseguita ed ogni altro elemento considerato utile a giudizio del candidato) _____

_____ ;

17. di essere portatore di handicap e, pertanto, di poter usufruire, ai sensi dell'art. 20 della legge 104/1992 e ss.mm.ii., durante le prove:

a. dell'ausilio di _____ ;

b. dei tempi aggiuntivi di _____ ;

18. di aver diritto all'applicazione dei benefici di cui alla legge n. 244/07 all'art.3, comma 106 ovvero LR 2/2007 art.32 comma 21; [barrare se ci si trova in questa condizione]

19. di aver diritto a precedenza e/o preferenza in quanto _____ [barrare e specificare se ci si trova in questa condizione];

20. di aver diritto alla riserva in quanto _____ [barrare e specificare se ci si trova in questa condizione];

21. di scegliere per la prova orale la lingua straniera: _____ ;

22. di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo al concorso in oggetto;

chiede che ogni comunicazione relativa alla presente concorso venga fatta al seguente indirizzo:

Dott./ Dott.ssa _____; Via _____; n. _____;
C.A.P. _____; Comune _____; Prov _____; telefono _____;
e-mail _____;

Luogo, data _____ Firma _____

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

Luogo, data _____ Firma _____

Allega alla presente:

- ricevuta del versamento di Euro 8,00 sul c.c. postale n. 83048769 intestato all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari – Servizio Tesoreria comprovante il versamento della tassa di concorso;
- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- elenco, in triplice copia, descrittivo datato e firmato dei documenti e titoli presentati;
- copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazioni;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia.
(barrare le caselle che interessano).

Fac simile
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____ C.F. n. _____

nato a (luogo) (prov.) _____ (_____) il _____

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo) _____ (_____) in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di prestare (o aver prestato) servizio:

Ente _____ (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.) con sede in _____ dal _____ al _____, con la qualifica di _____ nella disciplina di _____ con rapporto di lavoro (dipendente/libero professionale/co.co.co./etc..) _____ a tempo (determinato/indeterminato, pieno/ parziale) _____ o con impegno settimanale pari a ore _____, concluso per _____ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...);

ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

di prestare (o aver prestato) servizio:

Ente _____ (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.) con sede in _____ dal _____ al _____, con la qualifica di _____ nella disciplina di _____ con rapporto di lavoro (dipendente/libero professionale/co.co.co./etc..) _____ a tempo (determinato/indeterminato, pieno/ parziale) _____ o con impegno settimanale pari a ore _____, concluso per _____ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...);

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(luogo, data) _____

Il Dichiarante _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

(Luogo, data) _____

Il Dichiarante _____

Fac simile
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____

nato a (luogo) (prov.) _____ (_____) il _____

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo) _____ (_____) in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di possedere il seguente titolo di studio _____ rilasciato dalla scuola/università di _____
in data _____

di essere iscritto nell'albo professionale o elenco _____
dal _____ tenuto da _____ di _____

di possedere il seguente titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, _____
rilasciato dalla scuola/università _____
in data _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Fac simile
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
DI CONFORMITA' ALL' ORIGINALE DI COPIA
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____

nato a (luogo) (prov.) _____ (_____) il _____

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo) _____ (_____) in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

dell'atto/documento _____ conservato/rilasciato dalla
amministrazione pubblica _____

è conforme all'originale in possesso di _____;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che la pubblicazione dal titolo

edito da _____, riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a pag.
_____ e quindi composta di n° _____ fogli, è conforme all'originale in possesso di
_____;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia del titolo di studio

_____ rilasciato da _____ è
conforme all'originale in possesso di _____;

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(Luogo, data) _____

Il Dichiarante _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

(Luogo, data) _____

Il Dichiarante _____

INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 e ss.mm.ii.

In ottemperanza alle disposizioni di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, *Codice in materia di protezione dei dati personali* (d'ora in poi 'Codice') l'AOU di Cagliari, via Ospedale 54 - 09124 Cagliari, la informa che:

a) Finalità e modalità del trattamento dei dati

· I dati personali del concorrente contenuti nella domanda di partecipazione al "**CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N° 2 POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA PEDIATRIA**", o allegati alla stessa, sono trattati da questa amministrazione pubblica per finalità di esecuzione degli adempimenti relativi alle procedure di selezione di cui al presente avviso.

· Più in dettaglio, questa Azienda, effettua il trattamento dei dati personali "comuni" del concorrente (es. nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, residenza, grado di istruzione) nonché il trattamento di alcuni dati personali "sensibili", in particolare i dati idonei a rivelare l'appartenenza a categorie protette o ad eventuali disabilità.

· Il trattamento dei dati "sensibili" e "giudiziari" è effettuato da questa Azienda ai sensi delle seguenti disposizioni legislative nazionali e successive modifiche ed integrazioni:

Decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 - Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 - Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate;

Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487 - Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi;

Legge 12 marzo 1999, n. 68 - Norme per il diritto al lavoro dei disabili.

I dati personali sono trattati con l'ausilio di strumenti elettronici e senza l'ausilio di strumenti elettronici. Il trattamento dei dati avviene con procedure che ne garantiscono la sicurezza.

b) Natura del conferimento dei dati

· Il conferimento dei dati personali è necessario per partecipare al concorso.

c) Conseguenze dell'eventuale rifiuto a conferire i dati

· Qualora il concorrente non conferisse i dati richiesti non sarebbe ammesso al concorso.

d) Ambito di comunicazione dei dati

· I dati potranno essere comunicati, nel rispetto dei principi di proporzionalità, pertinenza e non eccedenza: all'interno questa Azienda, alle persone specificamente incaricate del trattamento quali, ad esempio, gli incaricati dell'Ufficio Protocollo, dell'Ufficio Personale, dell'Ufficio Economato, i Responsabili di Struttura;

ad altri enti pubblici qualora necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali o qualora previsto da norme di legge o di regolamento;

a privati, solo se previsto da norme di legge o di regolamento (es. applicazione della normativa in materia di diritto di accesso agli atti amministrativi).

e) Ambito di diffusione dei dati

· I dati sensibili non sono diffusi.

· I dati identificativi (nome e cognome) insieme ai punteggi delle prove di concorso sono diffusi per gli adempimenti relativi alla selezione (es. elenco idonei, punteggi, graduatoria).

f) Diritti dell'interessato

· L'interessato può richiedere l'applicazione dei diritti di cui all'articolo 7 del Codice, fra i quali, a titolo esemplificativo:

Il diritto di conoscere, in ogni momento, quali dati l'Azienda sta utilizzando;

Il diritto di ottenere l'aggiornamento, l'integrazione o la rettifica dei dati;

Il diritto di ottenere la cancellazione, il blocco o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della legge;

Il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

Per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice l'interessato può rivolgersi al Responsabile interno del Trattamento dei dati personali, anche per il tramite di un incaricato.

g) Titolare del trattamento dei dati personali

Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari - nella persona del Direttore Generale, dott. Ennio Filigheddu, con sede Legale e Amministrativa in Via Ospedale, 54, 09124 Cagliari.

h) Responsabile del trattamento dei dati personali

Il Responsabile del trattamento dei dati è la dott.ssa Maria Luisa Mastino, Direttore del Servizio Amministrazione del personale.

La informiamo che per l'esercizio di tali diritti l'interessato dovrà rivolgersi all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, sede legale Via Ospedale, 54 - 09124 CAGLIARI., titolare della gestione dei dati personali che la riguardano.