

FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**Al Commissario Straordinario
dell' Azienda Ospedaliero
Universitaria di Cagliari
Via Ospedale, 54
09124 Cagliari**

Oggetto: Selezione pubblica per titoli e colloquio per l'assunzione a tempo determinato di Dirigenti Medici - disciplina Cardiologia.

Il sottoscritto _____,
codice fiscale _____, tel _____
chiede di essere ammesso alla selezione in oggetto.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76:

- a) di essere nato a _____ il _____;
- b) di essere residente a: _____
Via _____ n° _____ CAP _____;
- c) di essere in possesso della cittadinanza _____;
- d) di godere dei diritti civili e politici in Italia o nello Stato membro dell'Unione Europea di provenienza;
- e) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
- o di non aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
- o di aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
- f) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____;
- g) di essere iscritto all'albo _____;
- h) di essere in possesso della specializzazione in _____;
- i) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985) _____
_____;
- l) di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- m) di aver diritto a precedenza e/o preferenza in quanto _____

_____ ; [barrare e specificare se ci si trova in questa condizione]
- n) di avere o non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o Datori di lavoro privati come di seguito meglio indicato:

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	PROFILO	TEMPO INDET./DET./Co.Co.Co/ etc. (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE

CASA DI CURA / ENTE PRIVATO	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	PROFILO	TEMPO INDET./DET/Co.Co.Co/ etc. (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE

Cause di risoluzione dei rapporti di pubblico impiego: _____

_____;

o) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;

p) - di accettare senza riserve tutte le norme contenute nell'avviso relativo alla presente selezione;

- di prendere atto che l'AOU Cagliari procederà alla pubblicazione e aggiornamento, in seguito alla partecipazione alla selezione in argomento, dei dati previsti dalla normativa vigente, con particolare riferimento a quelli enucleati all'art. 15 del D.lgs. N°33/2013;

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

Dott. _____

Via _____ n° _____

C.a.p. _____ città _____ Prov. _____

Telefono _____ Mail _____

Luogo, data _____ Firma _____

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

DICHIARA INOLTRE

che i documenti allegati, elencati nell'allegato elenco firmato e datato, sono conformi agli originali ai sensi dell' art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo, data _____ Firma _____

Si allegano alla presente:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- elenco datato e firmato dei documenti e dei titoli presentati;
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
- dichiarazione sostitutiva di certificazioni;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
art. 47 del D.P.R. n° 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____

il _____ cod. fiscale _____ residente in _____

CAP _____ Prov. _____ 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° 445/2000,

D I C H I A R A :

di prestare o aver prestato servizio:

- Ente _____ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in _____ dal _____ al _____ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di _____ con rapporto di lavoro di dipendenza a tempo _____ (indicare se a tempo determinato o indeterminato) _____ per numero ore settimanali lavorative _____ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per _____ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...)

ricorrono/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 _____ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in _____ dal _____ al _____ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di _____ con contratto di lavoro _____ (tipologia del rapporto di lavoro: es) co.co.co., co.co.pro., libero professionale); per numero ore settimanali lavorative _____ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per _____ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...).

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, 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.

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, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA E LUOGO _____ l _____ dichiarante _____

N.B. Ai sensi dell'art. 38 d.P.R. 445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____ il
_____ codice fiscale _____ residente in
_____ CAP _____ Prov. _____ 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° 445/2000

D I C H I A R A :

di essere in possesso della seguente qualifica professionale, titolo di specializzazione, di formazione, di
aggiornamento e di qualificazione tecnica:

- _____

di aver partecipato al congresso (corso, seminario, convegno ... ecc.) organizzato da _____
_____ dal titolo _____
_____ in data _____, della durata di
_____, in qualità di _____, con esame finale / senza esame finale.

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del d.P.R. n. 445/2000, dichiara di essere a conoscenza
dell'art. 75 del d.P.R. n. 445/00, 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.

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

**Ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti
nella presente dichiarazione.**

DATA E LUOGO _____ **Il/La Dichiarante** _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA
artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____ residente in _____ CAP _____ Prov. _____
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° 445/2000

DICHIARA

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

dell'atto/documento _____

rilasciato da _____ in data _____

è conforme all'originale in possesso di _____ ;

dell'atto/documento _____

rilasciato da _____ in data _____

è conforme all'originale in possesso di _____ ;

dell'atto/documento _____

rilasciato da _____ in data _____

è conforme all'originale in possesso di _____ ;

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, 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.

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, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 196/2003, dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA E LUOGO _____ l _____ dichiarante _____

(Allegare obbligatoriamente alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità)

N.B. Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

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 candidato contenuti nella domanda di partecipazione alla “**SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI DIRIGENTI MEDICI – DISCIPLINA CARDIOLOGIA**”, 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 candidato (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 ss.mm.ii. - 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;

D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. - Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

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 alla procedura di selezione

c) Conseguenze dell'eventuale rifiuto a conferire i dati

· Qualora il concorrente non conferisse i dati richiesti non sarebbe ammesso alla procedura di selezione.

d) Ambito di comunicazione dei dati

· I dati potranno essere comunicati, nel rispetto dei principi di proporzionalità, pertinenza e non eccedenza: all'interno di 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 selettive 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 Commissario Straordinario, dott. Giorgio Sorrentino, 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.