



Al Direttore
Sviluppo Organizzativo e Sistemi Informativi AZIENDA
OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI
Via Ospedale 54, 09124 Cagliari

Il/La sottoscritto/a

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

codice fiscale _____

residente in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____

via _____ n. _____

recapito telefonico: _____ e-mail: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione di seguito precisata:

Manifestazione di interesse esterna “Costituzione Albo Aziendale esterno Tutor delle Attività Formative Multimediali”

A tal fine il/la sottoscritto/a, a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 28.12.2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che:

- ai sensi del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, i dati forniti con le presenti dichiarazioni sostitutive saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura;
- ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari effettuerà il trattamento di diffusione online del curriculum vitae del soggetto risultato vincitore della presente procedura. La diffusione del curriculum avverrà mediante pubblicazione nella sezione “Amministrazione trasparente” del sito internet istituzionale: http://sitod.regione.sardegna.it/web/amministrazione_aperta/login.php. Il curriculum rimarrà pubblicato online per il periodo indicato nel D.Lgs. n. 33/2013, sarà indicizzabile dai motori di ricerca, visibile, consultabile, scaricabile e riutilizzabile da chiunque, nei termini di legge.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda la documentazione richiesta dal Bando:

- ☐ Curriculum vitae in formato europeo;
- ☐ Copia fotostatica del documento di identità.

Data _____

firma _____

Trattamento e consenso al trattamento dei dati personali

La informiamo che i dati personali, che ella fornisce attraverso la compilazione del presente modulo, verranno trattati manualmente e/o con mezzi automatizzati dall’ Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, via Ospedale 54 (titolare del trattamento). In relazione al trattamento ella potrà direttamente, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all’art. 7 d.lgs. 196/2003 rivolgendosi direttamente al titolare del trattamento.

Firma_