

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**Al Commissario Straordinario
dell'A.O.U. di Cagliari
Via Ospedale, 54
09124 Cagliari**

Oggetto: selezione pubblica, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico di collaborazione libero professionale per n. 1 Portavoce della Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari.

__l__ sottoscritt _____, cod. fisc. _____,
_____, tel. n° _____, e-mail _____
_____ chiede di essere ammess__ alla selezione in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nat__ a _____ il _____;
- b) di essere residente in via/piazza _____ n° _____ a _____, 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 _____;
- f) di non aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
- g) di aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
- h) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____;
- i) di essere iscritto all'albo _____ a far data dal _____;
- l) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985) _____;
- m) di aver diritto a precedenza e/o preferenza in quanto _____; [barrare e specificare se ci si trova in questa condizione]
- n) di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- o) di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o Datori di lavoro privati come di seguito meglio indicato:

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	Natura rapporto (T.I., T.D., Co.Co.Co, etc.) (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE
CASA DI CURA / ENTE PRIVATO	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	Natura rapporto (T.I., T.D., Co.Co.Co, etc.) (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE

Cause di risoluzione dei rapporti di pubblico impiego: _____;

p) 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;

q) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente selezione, ai sensi della D.Lgs 196/2003.

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

Dott./Dott.ssa _____

Via _____ n° _____ C.a.p. _____ città

_____ Prov. _____ Telefono _____

mail: _____

Data _____ Firma _____

DICHIARA INOLTRE

che i documenti allegati, elencati nell'allegato elenco firmato e datato, sono conformi agli originali i 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.

Data _____ Firma _____

Si allegano: curriculum formativo e professionale datato e firmato ed elenco, in triplice copia, dei documenti e dei titoli presentati.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

art. 47 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 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 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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
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 nato/a a _____ il _____ di essere residente a _____ ;
- di essere cittadino italiano (oppure) _____ ;
- di godere dei diritti civili e politici _____ ;
- titolo di studio posseduto _____ conseguito il
_____ presso _____
- 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 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 _____

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 IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE PER N°1 PORTAVOCE DELLA DIREZIONE GENERALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI CAGLIARI**”, 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 rivolgere all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, sede legale Via Ospedale, 54 – 09124 CAGLIARI., titolare della gestione dei dati personali che la riguardano.