FACSIMILE DOMANDA (da redigere in carta semplice)

All'Amministrazione
dell'A.S.S.T. RHODENSE
Viale Forlanini,95
20024 GARBAGNATE MILANESE

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di poter partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di n. 4 posti di Operatore Socio Sanitario (Bs), bandito da codesta Azienda.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

☐ **di essere nato a _____(__) il _____**

☐ **di risiedere a _____ (__) in Via _____;**

☐ **di possedere la cittadinanza:**

☐ **italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti. Sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;**

☐ **di uno dei Paesi dell'Unione Europea;**

☐ **familiare di cittadino degli Stati membri dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;**

☐ **cittadino di Paesi terzi all'Unione Europea titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di «rifugiato» o di «protezione sussidiaria».**

☐ **essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;**

☐ **di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi**
_____;

☐ **non aver riportato condanne penali;**

☐ **di aver riportato le seguenti condanne penali _____;**

☐ **essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione _____;**

☐ **essere in possesso dell'attestato professionale di Operatore Socio Sanitario rilasciato in data _____ da _____;**

☐ **essere in possesso dei seguenti titoli di studio:**

☐ **Diploma di istruzione secondaria di primo grado (scuola media) _____ conseguito il _____ presso _____;**

☐ **Diploma di istruzione secondaria di secondo grado (maturità) _____ conseguito il _____ presso _____;**

☐ **Diploma di Laurea in _____ conseguito il _____ presso l'Università degli Studi di _____ _____;**

☐ **Altro _____;**

☐ **avere diritto a riserva, precedenza o preferenza nell'ordine della graduatoria finale per i seguenti motivi _____;**

☐ **non avere prestato servizio presso pubbliche Amministrazioni;**

☐ **avere prestato servizio presso pubbliche Amministrazioni. Il rapporto di lavoro è cessato per il seguente motivo _____;**

☐ **prestare servizio presso la seguente pubblica Amministrazione _____;**

☐ **di avere prestato/prestare i seguenti servizi:**

PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE IN QUALITA' DI DIPENDENTE				
DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE	Indicare Profilo Professionale/Qualifica	Impegnativa oraria settimanale	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____

PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE IN QUALITA' DI DIPENDENTE				
DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE	Indicare Profilo Professionale/Qualifica	Impegnativa oraria settimanale	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____

PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE/ALTRO – LIBERA PROFESSIONE				
DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE	Indicare Profilo Professionale/Qualifica	Impegnativa oraria settimanale	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____
			__/__/____	__/__/____

- **di aver partecipato a corsi di aggiornamento, congressi, seminari etc, come di seguito dettagliato:**

PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE UDITORE				
N.	TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.	DATA DI SVOLGIMENTO	LUOGO DI SVOLGIMENTO	Esame finale (si/no)

PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE RELATORE			
N.	TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.	DATA DI SVOLGIMENTO	LUOGO DI SVOLGIMENTO

- **che le pubblicazioni di seguito dettagliate, ed allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali in mio possesso:**

LAVORI SCIENTIFICI (ALLEGARE COPIA DELLE PUBBLICAZIONI)			
N.	TITOLO DEL LAVORO	RIVISTA PUBBLICANTE	DATA PUBBLICAZIONE

☐ **di essere inserito negli appositi elenchi previsti dall'art. 8 della L.68/1999 presso il seguente centro mirato per il collocamento** _____ (indicare la sede provinciale di iscrizione);

☐ **di essere persona portatrice di handicap con invalidità del_____% e pertanto di non dover sostenere la prova preselettiva e/o di necessitare in sede di esame dei seguenti ausili_____ nonché dei seguenti tempi aggiuntivi_____** (allegare certificazione medica attestante il grado di invalidità e lo specifico handicap che giustifica l'esonero dalla prova preselettiva e la necessità di ausili e tempi aggiuntivi con la specifica degli stessi);

☐ **altro:**

_____
_____
_____

☐ **la/le copia/e dei documenti allegata/e alla presente domanda sono conformi all'/agli originale/i.**

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

Via _____ CAP _____ CITTÀ' _____
Telefono _____ indirizzo e-mail _____
indirizzo PEC_____.

Data _____ FIRMA _____

N.B. Alla domanda il candidato dovrà allegare:

- ELENCO DEI DOCUMENTI, dei titoli e delle pubblicazioni presentate;
- Curriculum formativo e professionale, datato e firmato
- Gli eventuali titoli comprovanti il diritto di preferenza e/o precedenza previsti all'art. 5 D.P.R. 487/94 e ss.mm.ii.;
- Eventuale documentazione sanitaria comprovante lo stato di invalidità con la relativa percentuale e/o la necessità di ausili o tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove in relazione al proprio handicap.
- Quietanza comprovante l'avvenuto versamento della tassa di ammissione al concorso non rimborsabile di € 7,75#
- Permesso di soggiorno per cittadini extracomunitari

____ • ____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AL PERSONALE NEOASSUNTO

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 (di seguito Regolamento UE), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, si forniscono le seguenti informazioni:

- **Titolare del Trattamento:** il Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense (ASST), i cui dati di contatto sono riportati in calce.

- **Responsabile della Protezione dei dati:** nominato con Deliberazione del Direttore generale n. 41 del 25/01/2018, è Veronica Bruno, contattabile ai seguenti recapiti: e-mail: privacy@asst-rhodense.it - Tel: 02.99430.1859/2034.

- **Finalità**: i Suoi dati personali ed eventuali dati relativi alla salute, da Lei forniti mediante la documentazione presentata per la procedura di assunzione/mobilità, per la costituzione di altre tipologie di rapporti, o acquisiti successivamente, in relazione alla gestione della Sua posizione con l'ASST, saranno oggetto di trattamento per finalità relative agli adempimenti connessi alla gestione del rapporto di lavoro (dipendente e non) o alla gestione di altre tipologie di rapporti con l'ASST (ad esempio, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: frequentatori, tirocinanti, specializzandi, stagisti, etc.).

- **Categorie dei dati trattati:**
  - dati personali
  - dati relativi alla salute
  - dati genetici
  - dati giudiziari

- **Destinatari dei dati**: i dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi.

I dati personali acquisiti potranno essere comunicati, in relazione ad uno specifico obbligo di legge, di regolamento o di contratto, sempre nel rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, a soggetti terzi quali: enti assicurativi, assistenziali, società assicurative, centri di elaborazione dati, collegi professionali, enti di controllo nazionali, regionali e locali (Ministero della Sanità, Regione Lombardia, ATS, etc.).

- **Periodo di conservazione:** i tempi minimi di conservazione dei dati sono definiti dal Massimario di scarto della documentazione del Sistema Socio Sanitario regionale lombardo vigente, approvato con Decreto della Giunta Regionale.

- **Base giuridica:** i dati saranno oggetto di trattamento sulla base di uno dei seguenti presupposti:
  - il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte;
  - il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento;
  - il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.

- **Diritti dell'interessato:** Lei potrà rivolgersi al Titolare del trattamento per far valere i Suoi diritti, previsti dagli artt. 15 e 16 del Regolamento UE, tra i quali, a titolo esemplificativo, l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, l'integrazione.

- **Reclami:** Lei può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST, con sede in Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese, tel. 02.994301814 - email: urp@asst-rhodense.it.

Il Titolare del trattamento dei dati
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DIRETTORE GENERALE DELL'ASST

PUBBLICATO NEL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LOMBARDIA N. __ DEL ____
E NELLA GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA N. __ DEL _____
.

SCADENZA: giorno