(**SCHEMA di domanda da redigere in carta semplice)**

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

TRASMISSIONE A MEZZO PEC A:

protocollo@pec.aspbasilicata.it

**\_**l\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *(indicare prima il nome e poi il cognome)*

chiede

di poter partecipare **all’avviso pubblico, per soli titoli, per assunzioni urgenti a tempo determinato, pieno ed esclusivo, nel profilo di C.P.S. Infermiere (pubbl. sul sito internet ASP in data 2 novembre 2020).**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 e *ss.mm.ii.*, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

1. di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(in caso di cittadinanza non italiana indicare la norma che equipara*);
4. di essere iscritt\_\_ nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [[1]](#footnote-1);
5. di non aver subito condanne penali (*oppure indicare la data del provvedimento e l’autorità che lo ha emesso*) [[2]](#footnote-2);
6. di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione all’avviso:
7. Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
8. Iscrizione all’Albo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
9. di essere nei confronti del servizio militare nella seguente posizione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di non essere stat\_ dichiarat\_ decadut\_ o dispensat\_ dall’impiego presso pubbliche amministrazioni (*la dichiarazione va resa anche se negativa; in caso positivo indicare i motivi*);
2. di essere a conoscenza che ogni comunicazione di carattere generale relativa al presente avviso sarà pubblicata, e avrà valore legale di notifica a qualsiasi fine per tutti i partecipanti, esclusivamente sul sito internet aziendale [*www.aspbasilicata.it*](file:///C:\Users\antonio.pedota\Desktop\ASP%202019\www.aspbasilicata.it);
3. di aver preso visione e sottoscritto il MOD 1 (informativa sul trattamento dei dati);
4. di autorizzare la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet dell’ASP Potenza per tutte le comunicazioni inerenti l’avviso pubblico;
5. di essere a conoscenza che eventuali comunicazioni relative all’assunzione saranno effettuate dall’ASP esclusivamente a mezzo mail o a mezzo telefono e, a tale scopo, indica di seguito i seguenti recapiti:

mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il Sottoscritto, ai fini della valutazione dei titoli di carriera, dichiara altresì, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 di aver svolto le seguenti attività lavorative:

1. attività lavorativa svolta, nel profilo oggetto dell’avviso, presso **Enti del Servizio Sanitario Nazionale,** con rapporto di **lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato** *(il candidato dovrà eventualmente specificare, se in part time, la percentuale dello stesso o comunque l’orario settimanale svolto)*

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| PARTE RISERVATA ALL’AMMINISTRAZIONE |

1. attività lavorativa svolta, nel profilo oggetto dell’avviso, **presso altre Amministrazioni Pubbliche** di cui all’art. 1, co. 2, del D.Lgs. n. 165/2001, con **rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato** *(il candidato dovrà eventualmente specificare, se in part time, la percentuale dello stesso o comunque l’orario settimanale svolto)*

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| PARTE RISERVATA ALL’AMMINISTRAZIONE |

1. attività lavorativa svolta, nel profilo oggetto dell’avviso, **presso case di cura convenzionate o accreditate** con il Servizio sanitario Nazionale **con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato** *(il candidato dovrà eventualmente specificare, se in part time, la percentuale dello stesso o comunque l’orario settimanale svolto)*

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| PARTE RISERVATA ALL’AMMINISTRAZIONE |

1. attività lavorativa svolta, nel profilo oggetto dell’avviso, **presso privati** anche **con rapporto di lavoro subordinato ovvero attività lavorative rese con altre forme flessibili di lavoro** (contratti di collaborazione, lavoro interinale etc.) *(il candidato dovrà eventualmente specificare, se in part time, la percentuale dello stesso o comunque l’orario settimanale svolto)*

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

part-time al \_\_\_\_\_\_ ovvero n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| PARTE RISERVATA ALL’AMMINISTRAZIONE |

Alla presente domanda allega:

1. copia fotostatica fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità (allegare a pena di esclusione);
2. modulo di consenso al trattamento dei dati personali (Mod. 1).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma** (non autenticata) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOD. 1**

**Informativa sul trattamento dei dati**

(D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.; Regolamento europeo privacy, Reg UE n. 679/2016, di seguito GDPR)

I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell’espletamento della procedura selettiva e, eventualmente, per la successiva stipulazione del contratto di lavoro.

**Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è l’Azienda Sanitaria Locale di Potenza, con sede in via Torraca n. 2 – 85100 Potenza, PEC [protocollo@pec.aspbasilicata.it](mailto:protocollo@pec.aspbasilicata.it) .

**Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è l’Ing. Gianfranco Stefano Bruno, email [rpd@aspbasilicata.it](mailto:rpd@aspbasilicata.it) e [privacy@aspbasilicata.it](mailto:privacy@aspbasilicata.it).

**Responsabile del trattamento**

Il responsabile del trattamento è il Direttore dell’U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, email antonio.pedota@aspbasilicata.it

**Modalità di trattamento**

Il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR in materia di misure di sicurezza.

Il trattamento:

* è finalizzato unicamente allo svolgimento di compiti istituzionali nel rispetto di leggi e regolamenti, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza;
* avverrà presso le competenti sedi dell’Azienda Sanitaria;
* sarà svolto con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

**Ambito di comunicazione e diffusione**

I suoi dati:

* non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione, fatte salve le comunicazioni previste espressamente da disposizioni di legge;
* saranno a conoscenza del responsabile del trattamento e degli incaricati del trattamento.

**Diritti dell’interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare il diritto di:

* avere accesso ai dati oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 15 del GDPR e della normativa nazionale che ne coordina l'applicazione;
* richiedere la rettifica dei dati inesatti oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 16 del GDPR e della normativa nazionale che ne coordina l'applicazione;
* revocare il proprio consenso al trattamento dei dati;
* esercitare la facoltà di oscurare alcuni dati o eventi che la riguardano;
* opporsi al trattamento, indicandone il motivo;
* chiedere la cancellazione dei dati personali oggetto di trattamento;
* presentare reclamo avverso il trattamento disposto dall’Azienda Sanitaria presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e ricorso presso l'Autorità giudiziaria competente.

Per l’esercizio dei suoi diritti e per qualsiasi altra informazione, può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati o al Responsabile del trattamento dei dati nei consueti orari di ufficio

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma per consenso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi; [↑](#footnote-ref-1)
2. anche se siano stati concessi amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale; [↑](#footnote-ref-2)