



(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

Il 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:

- a) di essere nat__ a _____ il _____;
- b) di essere residente a _____ (provincia di _____) alla Via _____, n. _____, cap _____;
- c) di essere in possesso della cittadinanza _____ (in caso di cittadinanza non italiana indicare la norma che equipara);
- d) di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____¹;
- e) di non aver subito condanne penali (oppure indicare la data del provvedimento e l'autorità che lo ha emesso)²;
- f) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione all'avviso:
 1. Laurea _____ conseguita il _____ presso _____;
 2. Iscrizione all'Albo _____ n. _____;
- g) di essere nei confronti del servizio militare nella seguente posizione:
_____;
- h) 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);
- i) 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;
- j) di aver preso visione e sottoscritto il MOD 1 (informativa sul trattamento dei dati);

¹ in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi;

² anche se siano stati concessi amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale;



k) di autorizzare la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet dell'ASP Potenza per tutte le comunicazioni inerenti l'avviso pubblico;

l) 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:

A) 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

B) 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



C) 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

D) 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.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è l'Ing. Gianfranco Stefano Bruno, email rp@aspbasilicata.it e 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 _____