

(barrare le caselle interessate e compilare in modo leggibile in tutte le sue parti. Tutti gli allegati dovranno essere debitamente firmati.)

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
VIA R. PAOLINI N. 47
65124 PESCARA

I sottoscritt _____ C. F. _____
(COGNOME E NOME)

C H I E D E

DI PARTECIPARE ALL'AVVISO PUBBLICO DI MOBILITÀ PER TITOLI E PROVE, PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N. 13 POSTI DI C.P.S. - INFERMIERE (CAT. D)

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE (CAT. D).

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti,

D I C H I A R A

di essere nat_ a _____ prov. _____ il _____,
di risiedere a _____ prov. _____ C.A.P. _____,
via _____ n. _____ cell. _____;

- di essere in possesso della cittadinanza italiana;
- di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:
cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. _____;
cittadinanza del seguente Stato _____
e possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, comma 1 e comma 3 bis del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i.;

SOLO PER COLORO CHE POSSIEDONO UNA CITTADINANZA DIVERSA DA QUELLA ITALIANA:

- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;
 di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per gli altri cittadini della Repubblica;
 di avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

- di essere dipendente a tempo indeterminato presso la seguente Azienda Sanitaria Locale ovvero P.A.:

_____ il candidato è tenuto a comunicare eventuali variazioni del proprio Ente di appartenenza al fine di eventuali scorrimenti di graduatoria
nella qualifica di _____ dal ___/___/_____
categoria ___ pos. economica ___ full-time - part-time (n. ore settimanali ___/percentuale part-time ___);

- se il rapporto di lavoro è attualmente a tempo parziale si impegna a trasformare il proprio rapporto di lavoro **da tempo parziale a tempo pieno** all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro con la A.S.L. di Pescara;
- di aver superato il periodo di prova nel profilo professionale di _____
in data ___/___/_____ categoria ___ pos. economica ___ ruolo: _____;
- di impegnarsi a prendere servizio presso la A.S.L. di Pescara entro 30 giorni dalla data di protocollo della nota di immissione in ruolo da parte della suddetta Amministrazione, consapevole che il mancato rispetto del suddetto termine perentorio assegnato dalla A.S.L. di Pescara, a qualunque motivo dovuto (anche se indipendente dalla volontà del candidato come, ad esempio, in caso di mancato assenso o assenso tardivo da parte dell'Amministrazione di appartenenza) determinerà decadenza dal diritto all'assunzione per mobilità e legittimerà l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara al corrispondente scorrimento di graduatoria.
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di: _____;

- di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____;
- di essere in possesso della piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo professionale di appartenenza;
- di non essere in possesso di limitazioni temporanee o definitive alle mansioni proprie del profilo professionale;
- di essere in possesso delle seguenti limitazioni temporanee o definitive alle mansioni proprie del profilo professionale: _____;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione;
- di essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione per il seguente motivo: _____;
- di non aver riportato condanne penali;
- di aver subito le seguenti condanne penali (da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono, perdono giudiziale, non menzione etc.): _____;
- di non aver procedimenti penali in corso o nell'ultimo biennio;
- di aver i seguenti procedimenti penali in corso o nell'ultimo biennio: _____;
- di godere dei benefici ex art. 33, L. 104/92 per l'assistenza del seguente familiare: _____;
- di appartenere a categorie con diritto a preferenze ai sensi della normativa vigente: _____ per il seguente motivo: _____;
- di aver diritto alla preferenza, in caso di parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5, comma 4, D.P.R. 487/94 per il seguente motivo: _____;
- di possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini degli altri Paesi dell'Unione Europea);
- di impegnarsi ad accedere ad eventuale mobilità volontaria presso altro Ente solo dopo che siano trascorsi 5 (cinque) anni dalla data di effettiva assunzione presso la A.S.L. di Pescara;
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli cosiddetti "sensibili" in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
- di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente Avviso Pubblico;

✓ **di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente avviso:**

Sig./Sig.ra _____
 via _____ n. _____ C.A.P. _____
 comune _____ prov. _____ cell. _____
 e-mail _____ PEC _____

I candidati, facendo riferimento alla procedura di mobilità in parola, hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo/domicilio, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica e/o cambiamento di Ente di appartenenza, alla A.S.L. di Pescara, la quale non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.

N.B. L'OMESSA INDICAZIONE ANCHE DI UNO SOLO DEI REQUISITI GENERALI E/O SPECIFICI DI AMMISSIONE DI CUI ALL'ART. 1 E ALL'ART. 5 DEL BANDO DI AVVISO COMPORTERÀ L'ESCLUSIONE DALL'AVVISO DI MOBILITÀ.

_____, li _____, _____
 (luogo) (data) (il/la dichiarante)

Allego fotocopia fronte-retro documento d'identità nr. _____
 rilasciato il _____ da _____

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati, purché corredata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità. Informativa ai sensi del D. Lgs. 30.6.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Il/La sottoscritto/a _____,
nato a _____ prov. _____ il _____,
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____,
via _____ n. _____ tel. _____.

Con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso pubblico di mobilità per titoli e prove per la copertura a tempo pieno e indeterminato di n. 13 posti di C.P.S. - **Infermiere (cat. D)**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.; Informato/a su quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

D I C H I A R A

✚ DI ESSERE IN POSSESSO DEL/DEI SEGUENTE/I TITOLO/I DI STUDIO:

Laurea triennale in _____
(specificare con esattezza il titolo in possesso)
conseguita presso _____
in data _____ votazione finale: _____ classe di laurea _____;

OVVERO:

altro titolo definito equipollente (specificare): _____
(specificare con esattezza il titolo in possesso)
conseguito presso: _____
in data _____ votazione finale: _____ classe di laurea _____;

OVVERO:

altro titolo definito equipollente e conseguito all'estero: _____
(specificare con esattezza il titolo in possesso)
conseguito presso: _____
in data _____ votazione finale: _____ classe di laurea _____;
decreto di equipollenza del titolo: _____ data decreto _____

OVVERO:

Diploma di Laurea/Universitario in _____
(specificare con esattezza il titolo in possesso)
_____ conseguito presso _____
in data _____ votazione finale: _____ classe di laurea _____;

OVVERO:

Diploma di Laurea Vecchio Ordinamento in _____
(specificare con esattezza il titolo in possesso)
_____ conseguito presso _____
in data _____ votazione finale: _____ classe di laurea _____;

OVVERO:

Laurea Specialistica o Magistrale in _____
(specificare con esattezza il titolo in possesso)
_____ conseguito presso _____
in data _____ votazione finale: _____ classe di laurea _____;

✚ DI ESSERE IN POSSESSO DI ULTERIORI TITOLI DI SPECIALIZZAZ. UNIVERSITARIA, MASTER O ALTRO:

- Titolo: _____ conseguito il _____
presso _____ con punteggio: _____;
- Titolo: _____ conseguito il _____
presso _____ con punteggio: _____;
- Titolo: _____ conseguito il _____
presso _____ con punteggio: _____;

✚ DI ESSERE IN POSSESSO, DEI SEGUENTI ATTESTATI DI FREQUENZA AI CORSI DI INFORMATICA:

- Attestato: _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ n. giorni di frequenza ___ n. ore di frequenza _____
Denominazione Ente _____
sede _____ esame finale: SI - NO punteggio: _____

✚ DI ESSERE IN POSSESSO, DEI SEGUENTI ATTESTATI DI FREQUENZA AI CORSI DI LINGUA STRANIERA:

- Attestato: _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ n. giorni di frequenza ___ n. ore di frequenza _____
Denominazione Ente _____
sede _____ esame finale: SI - NO punteggio: _____

✚ DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI VALUTABILI (CORSI, CONVEGNI, SEMINARI ECC.):

(Attestati di partecipazione a congressi, convegni, aggiornamento, diplomi di specializzazione, corsi di formazione, qualificazione tecnica, ecc...). **Ai fini della valutazione è necessaria una dettagliata descrizione.** Si prega di indicare per ciascun attestato di partecipazione la data, la durata (n. di giorni e/o ore), se è stato sostenuto esame finale e se sono stati rilasciati crediti E.C.M.. La mancata dichiarazione comporterà la non valutazione o, laddove possibile, valutazione con punteggio minimo. **Trattandosi di autocertificazione non è necessario allegare fotocopia della documentazione dichiarata.**

NON SARANNO VALUTATI I CORSI PRECEDENTI AL CONSEGUIMENTO DEL TITOLO D'ACCESSO

- DI AVER PARTECIPATO AI SEGUENTI CORSI/SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI CON ATTESTATO FINALE DI PARTECIPAZIONE REGOLARMENTE RILASCIATO:**

Denominazione corso _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ n. giorni di frequenza ___ n. ore di frequenza _____
se con E.C.M. indicare il n. crediti conseguiti _____ esame finale: SI - NO con punteggio: _____
Ente organizzatore corso _____

- DI AVER PARTECIPATO AI SEGUENTI CORSI/SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI CON ATTESTATO FINALE DI PARTECIPAZIONE REGOLARMENTE RILASCIATO:**

Denominazione corso _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ n. giorni di frequenza ___ n. ore di frequenza _____
se con E.C.M. indicare il n. crediti conseguiti _____ esame finale: SI - NO con punteggio: _____
Ente organizzatore corso _____

- DI AVER PARTECIPATO AI SEGUENTI CORSI/SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI CON ATTESTATO FINALE DI PARTECIPAZIONE REGOLARMENTE RILASCIATO:**

Denominazione corso _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ n. giorni di frequenza ___ n. ore di frequenza _____
se con E.C.M. indicare il n. crediti conseguiti _____ esame finale: SI - NO con punteggio: _____
Ente organizzatore corso _____

- DI AVER PARTECIPATO AI SEGUENTI CORSI/SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI CON ATTESTATO FINALE DI PARTECIPAZIONE REGOLARMENTE RILASCIATO:**

Denominazione corso _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ n. giorni di frequenza ___ n. ore di frequenza ___
se con E.C.M. indicare il n. crediti conseguiti _____ esame finale: SI - NO con punteggio: _____
Ente organizzatore corso _____

DI AVER PARTECIPATO AI SEGUENTI CORSI/SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI CON ATTESTATO FINALE DI PARTECIPAZIONE REGOLARMENTE RILASCIATO:

Denominazione corso _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ n. giorni di frequenza ___ n. ore di frequenza ___
se con E.C.M. indicare il n. crediti conseguiti _____ esame finale: SI - NO con punteggio: _____
Ente organizzatore corso _____

DI AVER PARTECIPATO AI SEGUENTI CORSI/SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI CON ATTESTATO FINALE DI PARTECIPAZIONE REGOLARMENTE RILASCIATO:

Denominazione corso _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ n. giorni di frequenza ___ n. ore di frequenza ___
se con E.C.M. indicare il n. crediti conseguiti _____ esame finale: SI - NO con punteggio: _____
Ente organizzatore corso _____

DI AVER PARTECIPATO AI SEGUENTI CORSI/SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI CON ATTESTATO FINALE DI PARTECIPAZIONE REGOLARMENTE RILASCIATO:

Denominazione corso _____
durata dal ___/___/___ al ___/___/___ n. giorni di frequenza ___ n. ore di frequenza ___
se con E.C.M. indicare il n. crediti conseguiti _____ esame finale: SI - NO con punteggio: _____
Ente organizzatore corso _____

 **DI AVER SVOLTO LE SEGUENTI ATTIVITÀ DI DOCENZA/RELATORE:**

DOCENTE - **RELATORE** - **Ente organizzatore** _____
con sede in: _____ giorni di insegn. tot. ___ ore di insegn. tot. ___
Denominazione corso di formazione: _____
sede di svolgimento: _____
Materie/argomenti trattati: _____

DOCENTE - **RELATORE** - **Ente organizzatore** _____
con sede in: _____ giorni di insegn. tot. ___ ore di insegn. tot. ___
Denominazione corso di formazione: _____
sede di svolgimento: _____
Materie/argomenti trattati: _____

_____, _____
(luogo) (data) (il/la dichiarante)

Allego fotocopia fronte-retro documento d'identità nr. _____
rilasciato il _____ da _____

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati, purché corredata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.
Informativa ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(ESPERIENZE DI SERVIZIO)**

"ALLEGATO C"

(artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Il/La sottoscritto/a _____,
nato a _____ prov. _____ il _____,
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____,
via _____ n. _____ e-mail _____.

con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso pubblico di mobilità per titoli e prove per la copertura a tempo pieno e indeterminato di n. 13 posti di C.P.S. - **Infermiere (cat. D)**, da assegnare presso l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R., informato/a su quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

D I C H I A R A

- DI AVER PRESTATO SERVIZIO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI;
 DI NON AVER PRESTATO SERVIZIO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI;

 **E DI AVER SVOLTO I SEGUENTI SERVIZI LAVORATIVI:**
(ELENCARE IN ORDINE CRONOLOGICO DAL MENO RECENTE AL PIÙ RECENTE)

* **PROFILO PROFESSIONALE** _____ **categoria** _____

PRESSO: _____
(denominazione esatta dell'Ente/Struttura/Ditta privata)

Ente Pubblico Struttura privata accreditata Struttura privata non accreditata

Altro: _____

full-time part-time (n. ore settimanali: ___/percentuale par-time: ___);

con contratto a tempo determinato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto a tempo indeterminato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto libero professionale, partita I.V.A. (ore settimanali: ___) dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto co.co.co., co.co.pro., atipico, lavoro occasionale, contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale*, borsista, volontario, ricercatore o altro: _____

_____ dal ___/___/___ al ___/___/___
(Indicare nello specifico. *Nel caso di contratto con agenzia interinale, specificare se il lavoro è prestato presso una P.A.)

Attività svolta: _____

* **PROFILO PROFESSIONALE** _____ **categoria** _____

PRESSO: _____
(denominazione esatta dell'Ente/Struttura/Ditta privata)

Ente Pubblico Struttura privata accreditata Struttura privata non accreditata

Altro: _____

full-time part-time (n. ore settimanali: ___/percentuale par-time: ___);

con contratto a tempo determinato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto a tempo indeterminato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto libero professionale, partita I.V.A. (ore settimanali: ___) dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto co.co.co., co.co.pro., atipico, lavoro occasionale, contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale*, borsista, volontario, ricercatore o altro: _____

_____ dal ___/___/___ al ___/___/___
(Indicare nello specifico. *Nel caso di contratto con agenzia interinale, specificare se il lavoro è prestato presso una P.A.)

Attività svolta: _____

* PROFILO PROFESSIONALE _____ categoria _____

PRESSO: _____
(denominazione esatta dell'Ente/Struttura/Ditta privata)

Ente Pubblico Struttura privata accreditata Struttura privata non accreditata

Altro: _____

full-time part-time (n. ore settimanali: ___/percentuale par-time: ___);

con contratto a tempo determinato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto a tempo indeterminato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto libero professionale, partita I.V.A. (ore settimanali: ___) dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto co.co.co., co.co.pro., atipico, lavoro occasionale, contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale*, borsista, volontario, ricercatore o altro: _____

_____ dal ___/___/___ al ___/___/___

(Indicare nello specifico. *Nel caso di contratto con agenzia interinale, specificare se il lavoro è prestato presso una P.A.)

Attività svolta: _____

* PROFILO PROFESSIONALE _____ categoria _____

PRESSO: _____
(denominazione esatta dell'Ente/Struttura/Ditta privata)

Ente Pubblico Struttura privata accreditata Struttura privata non accreditata

Altro: _____

full-time part-time (n. ore settimanali: ___/percentuale par-time: ___);

con contratto a tempo determinato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto a tempo indeterminato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto libero professionale, partita I.V.A. (ore settimanali: ___) dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto co.co.co., co.co.pro., atipico, lavoro occasionale, contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale*, borsista, volontario, ricercatore o altro: _____

_____ dal ___/___/___ al ___/___/___

(Indicare nello specifico. *Nel caso di contratto con agenzia interinale, specificare se il lavoro è prestato presso una P.A.)

Attività svolta: _____

* PROFILO PROFESSIONALE _____ categoria _____

PRESSO: _____
(denominazione esatta dell'Ente/Struttura/Ditta privata)

Ente Pubblico Struttura privata accreditata Struttura privata non accreditata

Altro: _____

full-time part-time (n. ore settimanali: ___/percentuale par-time: ___);

con contratto a tempo determinato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto a tempo indeterminato dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto libero professionale, partita I.V.A. (ore settimanali: ___) dal ___/___/___ al ___/___/___

con contratto co.co.co., co.co.pro., atipico, lavoro occasionale, contratto di lavoro stipulato con agenzia interinale*, borsista, volontario, ricercatore o altro: _____

_____ dal ___/___/___ al ___/___/___

(Indicare nello specifico. *Nel caso di contratto con agenzia interinale, specificare se il lavoro è prestato presso una P.A.)

Attività svolta: _____

DI AVER FRUITO DEI SEGUENTI PERIODI DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI:

dal _____ al _____ per il seguente motivo _____;
dal _____ al _____ per il seguente motivo _____;
dal _____ al _____ per il seguente motivo _____;
dal _____ al _____ per il seguente motivo _____;
dal _____ al _____ per il seguente motivo _____;

Il/La sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.; Informato/a su quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

D I C H I A R A

☒ CHE LE ALLEGATE COPIE DELLE SEGUENTI PUBBLICAZIONI SONO CONFORMI ALL'ORIGINALE:

TITOLO DEL LAVORO _____

AUTORI _____

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI _____

TITOLO DEL LAVORO _____

AUTORI _____

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI _____

TITOLO DEL LAVORO _____

AUTORI _____

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI _____

TITOLO DEL LAVORO _____

AUTORI _____

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI _____

TITOLO DEL LAVORO _____

AUTORI _____

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI _____

TITOLO DEL LAVORO _____

AUTORI _____

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI _____

_____ li, _____
(luogo) (data) (il/la dichiarante)

N.B. La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Allego fotocopia fronte-retro documento d'identità nr. _____
rilasciato il _____ da _____

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati, purché corredata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità. Informativa ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

(ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.)

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, La informiamo che i dati personali da Lei comunicati alla Azienda USL di Pescara, tramite invio del curriculum vitae e/o della scheda in formato elettronico, prova scritta di selezione, test attitudinali o nel corso di attività ad essi connesse, sono inseriti nella banca dati della Azienda e oggetto di trattamento con procedure informatiche o manuali da parte nostra.

Natura dei dati trattati

Verranno trattati i Suoi dati identificativi anagrafici e fiscali, definiti dalla legge "dati comuni", per il corretto svolgimento delle procedure legate alla selezione.

Precisiamo, comunque, che nel trattare tali dati ci atterremo scrupolosamente ai limiti ed alle condizioni imposte dal Garante per la privacy nell'Autorizzazione generale n. 1/2012 e sue successive modifiche, relativa al trattamento dei dati sensibili nei rapporti di lavoro.

Finalità del trattamento

Il trattamento e la raccolta dei Suoi dati sarà effettuato per le finalità di cui al Decreto Legislativo n. 276 del 10 settembre 2003, per le attività ivi contemplate, e potrà comprendere tutte le operazioni previste dall'art. 4 comma 1 lett. a) della legge citata e verrà eseguito per le specifiche finalità relative e comunque connesse alla ricerca, alla selezione e alla gestione dell'eventuale futuro rapporto di lavoro presso la Azienda USL di Pescara.

I dati personali a Lei riferibili potranno essere trattati, per finalità istituzionali, da soggetti esterni alla Azienda che forniscano alla stessa servizi di elaborazione dati, consulenza, o che svolgano comunque attività strumentali, complementari e funzionali a quella della nostra Azienda.

Obbligo o facoltà di conferire i dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto

Il conferimento dei suoi dati è necessario per consentirci di svolgere l'attività di selezione, pertanto, l'eventuale rifiuto comporta l'esclusione dalla procedura.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di strumenti elettronici.

Diritto di accesso ai dati personali - Artt. 7 e ss. D. Lgs. n. 196/03

Ella ha diritto di ottenere: la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelligibile; la loro provenienza e le finalità e modalità di trattamento; la cancellazione, trasformazione e anonimizzazione o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e successivamente trattati. L'attestazione che le operazioni di aggiornamento, rettifica, cancellazione o blocco dei dati sono state portate a conoscenza anche di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, salvo il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi sproporzionato all'obiettivo.

Per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 Ella può rivolgersi all'Ufficio URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) della AUSL di Pescara, sito in via R. Paolini, 47 a Pescara.

_____ li, _____
 (luogo) (data) (il/la dichiarante)

N.B. La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Allego fotocopia fronte-retro documento d'identità nr. _____
 rilasciato il _____ da _____

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica, fronte/retro, di un documento d'identità del sottoscrittore. Saranno ritenuti validi solamente i documenti d'identità provvisti di fotografia e rilasciati da un'Amministrazione dello Stato. Informativa ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

**CONSENSO DEI PARTECIPANTI A SELEZIONE A TUTELA
DELLA RISERVATEZZA DEI PROPRI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

“ALLEGATO E”

(ai sensi dell'art. 81 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente a _____ prov. _____
via _____ n. _____ C.A.P. _____

Con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso pubblico di mobilità per titoli e prove per la copertura a tempo pieno e indeterminato di n. 13 posti di C.P.S. - **Infermiere (cat. D)**, da assegnare presso l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R., informato/a su quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Dopo essere stato informato dei propri diritti (artt. 7, 8, 9, 10 del D. Lgs. n. 196/03) nei confronti del trattamento dei dati sensibili;
dopo avere preso visione della Informativa, ex art. 13 D. Lgs. n. 196/03 e, quindi, consapevole che:

- a) i dati personali sensibili saranno utilizzati, nel rispetto della vigente normativa e tenuto conto degli obiettivi di riservatezza, esclusivamente per finalità inerenti le procedure relative alle prove selettive;
- b) il conferimento dei dati personali sensibili deve intendersi quale mera facoltà e non obbligo ma in mancanza di conferimento di essi le prestazioni di cui al punto a) non potranno essere espletate;
- c) qualora venisse autorizzato il trattamento dei dati personali sensibili, nei limiti e per le finalità di cui al punto a) che precede, questi potranno essere portati a conoscenza anche di soggetti pubblico e/o privati (in aggiunta ai soggetti nominati dalla Azienda USL di Pescara in qualità di Responsabili o Incaricati al trattamento dei dati personali) che per conto della AUSL di Pescara svolgono attività di supporto istituzionale;
- d) i trattamenti dei dati saranno effettuati in modalità cartacea, informatizzata e mista;
- e) i profili inerenti l'applicazione delle misure di sicurezza sono esplicitati nel Documento di valutazione della privacy aziendale, unitamente ai nominativi dei soggetti/ditte che svolgono attività in outsourcing per conto della AUSL di cui può essere presa visione presso l'Ufficio Privacy aziendale;

CONSENTE

Che tali dati siano trattati per i dovuti adempimenti amministrativi, relativi alla procedura di selezione.

_____ li, _____
(luogo) (data) (il/la dichiarante)

N.B. La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Allego fotocopia fronte-retro documento d'identità nr. _____
rilasciato il _____ da _____

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica, fronte/retro, di un documento d'identità del sottoscrittore. Saranno ritenuti validi solamente i documenti d'identità provvisti di fotografia e rilasciati da un'Amministrazione dello Stato. Informativa ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.