

**Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero
Universitaria di Cagliari
Via Ospedale, 54
09124 Cagliari**

Oggetto: ammissione avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di Direttore di struttura complessa, disciplina Malattie Metaboliche e Diabetologia, presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari.

Il/La sottoscritto/a _____, C.F. n. _____,
visto il bando di cui all'oggetto

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione.

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

1. di essere nato/a a _____; Prov _____; il _____;
2. di essere residente a _____;
via _____; n. _____ C.A.P. _____;
3. di essere in possesso della cittadinanza _____;
4. di godere dei diritti civili e politici (i cittadini non italiani, devono specificare il godimento dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza) _____;
 di non godere dei diritti civili e politici (specificare) _____;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
 di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi _____;
6. di non avere riportato condanne penali
 di non avere procedimenti penali pendenti
 di avere riportato condanne penali (specificare) _____;
 di avere procedimenti penali pendenti (specificare) _____;
7. Di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (solo per i candidati di sesso maschile)
_____;
8. di essere in possesso della idoneità fisica alle mansioni da svolgere;
9. Di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ come richiesto dal Bando, conseguito nell'anno accademico _____ presso _____ con votazione _____;
10. Di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di _____ rilasciata da _____ il _____;
11. Di essere iscritto all'albo _____;
12. di aver conseguito la specializzazione in _____ (ovvero equipollente ai sensi dell'allegato 1 "Tabella delle specializzazioni in discipline affini area medica e delle specialità mediche" al D.M. 30/01/1998) _____;
13. Titoli di servizio. Di avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o datori di lavoro privati come segue (indicare l'Amministrazione c/o la quale è stato o è svolto il servizio, tipologia di contratto, se in posizione di ruolo o non di ruolo, periodo e durata: anni, mesi e giorni, settore/area di attività, profilo professionale e categoria di inquadramento)

Pubblica Amministrazione	Data inizio	Data fine	Qualifica	Profilo	Tipologia contratto (det/ indet/co.co.co, etc)	Impegno orario settimanale
Casa di cura/ente privato	Data inizio	Data fine	qualifica	Profilo	Tipologia contratto (det/ indet/co.co.co, etc)	Impegno orario settimanale

14. Titoli di studio oltre a quello richiesto dal bando di concorso in oggetto. Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (indicare Istituto presso il quale è stato conseguito, l'anno di conseguimento e votazione):

_____ ;

15. Titoli vari. Di essere in possesso dei seguenti Titoli (indicare con precisione da chi è stato rilasciato – Istituto, Ente o altro - l'oggetto, la natura, l'eventuale periodo e durata, la valutazione conseguita ed ogni altro elemento considerato utile a giudizio del candidato) _____ ;

16. Di essere portatore di handicap e, pertanto, di poter usufruire, ai sensi dell'art. 20 della legge 104/1992 e ss.mm.ii., durante le prove:

- a. dell'ausilio di _____ ;
- b. dei tempi aggiuntivi di _____ ;

di accettare senza riserve tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;

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

Dott./ Dott.ssa _____ ; Via _____ ; n. _____ ;
 C.A.P. _____ ; Comune _____ ; Prov _____ ; telefono _____ ;
 e-mail _____ ;

Luogo, data _____

Firma _____

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

Luogo, data _____

Firma _____

Allega alla presente:

1. ricevuta del versamento di Euro 8,00 sul c.c. postale n. 83048769 intestato all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari – Servizio Tesoreria comprovante il versamento della tassa di concorso;
2. curriculum formativo e professionale datato e firmato;
3. elenco, in triplice copia, descrittivo datato e firmato dei documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione alla corrispondente copia del titolo.
4. copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
 - Dichiarazione sostitutiva di certificazioni;
 - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

Fac simile
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____

nato a (luogo) (prov.) _____ (_____) il _____

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo) _____ (_____) in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia dell'atto/documento conservato/rilasciato dalla amministrazione pubblica _____ è conforme all'originale;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che la pubblicazione dal titolo edito da _____, riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a pag. _____ e quindi composta di n° _____ fogli, è conforme all'originale;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia del titolo di studio _____ rilasciato da _____ è conforme all'originale;

oppure

di prestare (o aver prestato) servizio con la qualifica di _____ nella disciplina di _____ presso (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.) _____ con rapporto di lavoro (dipendente/libero professionale/co.co.co./etc.,) _____ a tempo (determinato/indeterminato, pieno/ parziale) _____ o con impegno settimanale pari a ore _____ dal _____ al _____;

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, 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.

(luogo, data) _____

Il Dichiarante _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

(Luogo, data) _____

Il Dichiarante _____

Fac simile
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____

nato a (luogo) (prov.) _____ () il _____

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo) _____ () in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di possedere il seguente titolo di studio _____ rilasciato dalla scuola/università di _____
in data _____

di essere iscritto nell'albo professionale o elenco _____
dal _____ tenuto da _____ di _____

di possedere il seguente titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, _____
rilasciato dalla scuola/università _____
in data _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, 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.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

(Luogo, data) _____ **Il 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 concorrente contenuti nella domanda di partecipazione al concorso, 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 concorrente (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 - 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.

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 selezione.

c) Conseguenze dell'eventuale rifiuto a conferire i dati

· Qualora il concorrente non conferisse i dati richiesti non sarebbe ammesso al concorso.

d) Ambito di comunicazione dei dati

· I dati potranno essere comunicati, nel rispetto dei principi di proporzionalità, pertinenza e non eccedenza: all'interno 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 di concorso 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 Direttore Generale, dott. Ennio Filigheddu, 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.