

**Avviso pubblico incarichi libero professionali a operatori socio sanitari (O.S.S.)  
da destinare nelle UU.OO./Servizi del Presidio Civico e Presidio G. Di Cristina**

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale  
Azienda di Rilievo Nazionale  
e di alta specializzazione  
Ospedale Civico - Di Cristina -Benfratelli  
P.zza N. Leotta 4/A –  
90127 PALERMO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione dell'incarico libero-professionale di Operatore socio sanitario di cui alla deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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:**

1. di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

2. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_(1);

3. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali \_\_\_\_\_(2);

4. di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;

5. di :

avere la seguente partita iva \_\_\_\_\_;

non avere la partita iva e che procederà all'apertura della stessa in caso di conferimento dell'incarico;

6. di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_ ;

7. di avere/non avere riportato condanne penali \_\_\_\_\_ e di non avere/di avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_(3);

8. di non trovarsi in una delle cause di incompatibilità di cui all'art 25 della L. 724 del 23/12/1994 ;

9. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:

a) Titolo di studio : \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_, nell'anno \_\_\_\_\_;

b) Titolo di operatore socio sanitario : \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_, nell'anno \_\_\_\_\_;

c) Documentata **esperienza nella qualifica di operatore socio sanitario di almeno mesi tre**, presso Aziende Sanitarie/Ospedaliere del S.S.N. e/o presso Enti di sanità privata (Case di Cura – Cliniche - Istituti) - (Specificare):

SI

*attestata nella dichiarazione sostitutiva rilasciata secondo lo schema allegato relativo ai servizi;*

10. di allegare documentato curriculum formativo e professionale redatto sotto forma di autocertificazione secondo le disposizioni di cui al DPR n. 445/2000.

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

**Si allega copia fotostatica di un valido documento di identità.**

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

(C.A.P. \_\_\_\_\_ )

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

(Tel. \_\_\_\_\_)

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma (4)

.....  
(1) è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

(2) in caso positivo, specificare di quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

(3) in caso affermativo specificare quali.

(4) la firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione delle domande. Nel caso in cui la domanda venga spedita a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento, alla stessa dovrà essere allegata copia fotostatica di un **documento di identità** del candidato.



# **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.  
(Autocertificazione di conformità all'originale di copie)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità  
penali a carico di chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso ai fini della  
presentazione di titoli a pubblico concorso

## D I C H I A R A

sotto la mia personale responsabilità, che le allegate fotocopie dei documenti sottoelencati sono  
conformi all'originale:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 allego copia fotostatica  
completa di un documento di riconoscimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni sostitutive sono soggette a controllo anche a campione.  
Ferma restando la responsabilità penale, il dichiarante decade dagli eventuali benefici  
conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**N.B.** Ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 si rende noto che il trattamento dei dati personali su esposti è  
finalizzato unicamente all'espletamento della procedura alla quale il dichiarante ha presentato  
istanza corredata della presente dichiarazione.



## INFORMATIVA

Gentile Signore/a,

La presente informativa Le viene consegnata in ottemperanza all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003.

Il trattamento dei dati si svolgerà nel pieno rispetto delle libertà fondamentali senza ledere la Sua riservatezza e la Sua dignità, adottando sempre principi ispirati alla correttezza, liceità e trasparenza e per scopi non eccedenti rispetto alle finalità della raccolta.

I dati da Lei forniti verranno trattati per espletamento di tutte le fasi concorsuali relative alla procedura di mobilità regionale indetta da questa Azienda..

Il trattamento potrà riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" (l'eventuale adesione a partiti o sindacati, lo stato di salute) e "giudiziari"(certificati del casellario giudiziale, eventuali cessioni del quinto a seguito di ordinanza giudiziaria), indispensabili per svolgere quelle attività concorsuali e che non possono essere adempiute, caso per caso, mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa. Tale trattamento può essere autorizzato solo con il Suo consenso manifestato per iscritto.

I dati trattati non verranno comunicati a soggetti esterni privi di autorizzazione concessa dal Titolare, fatta salva la comunicazione di dati richieste, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall'autorità giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza o da altri soggetti pubblici autorizzati e/o diffusione al fine degli adempimenti derivanti delle norme in materia di trasparenza.

Per il trattamento dei Suoi dati verranno utilizzati strumenti sia elettronici che manuali adottando tutte le misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e l'integrità dei dati.

Il conferimento dei dati è facoltativo ma il rifiuto a fornirli pregiudicherebbe la parziale o totale partecipazione a tutte le fasi concorsuali ivi comprese le fasi di nomina di conferimento dell'incarico.

Il Titolare del trattamento dei dati è:

Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione "Civico - G. Di Cristina - Benfratelli" - Palermo, legalmente rappresentata dal Direttore Generale

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs.196/2003.

**FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO  
PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI E/O GIUDIZIARI**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" e/o "giudiziari" di cui all'art.4 comma 1 lett. d) e lett. e), nonché artt.26-27 del D.lgs.196/2003, vale a dire i dati *"idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"* e *"i dati personali idonei a rivelare provvedimenti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da a) a o) e da r) a u), del D.P.R. 14 novembre 2002, n. 313, in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del codice di procedura penale"*.

Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

In particolare,

Presta il suo consenso per la diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa.

Non presta il suo consenso per la diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa.

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

Allegare documento d'Identità valido

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

\_\_l\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
( Prov. \_\_\_\_ ) - CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs.vo n. 196/2000 , quale soggetto interessato nella procedura di selezione per l'affidamento di incarichi libero professionali di **Operatore socio sanitario**

presta il consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa ?

Do il consenso

Nego il consenso

presta il consenso per la diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa ?

Do il consenso

Nego il consenso

..... li .....

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile