Fac-Simile della domanda **ALLEGATO A**

Al Direttore Generale

dell’A.O.O.R.Villa Sofia-Cervello

Viale Strasburgo 233

90146 Palermo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (provincia di \_\_\_\_\_\_),Via/ Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o indirizzo pec (qualora in possesso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede di partecipare all’avviso interno di interpello per Titoli e Colloquio per l’individuazione di n. 1 unità Infermieristica da inserire nel Gruppo Operativo C.I.O. (Comitato Infezione Ospedaliere) del P.O. Cervello.

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità ed delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità

**D I C H I A R A**

1. di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere dipendente di questa A.O.O.R. Villa Sofia Cervello con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
4. di essere inquadrato nel seguente profilo professionale di CPS Infermiere categoria “D” da almeno 5 anni;
5. di autorizzare l’Azienda al trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 D.lgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, per l’espletamento della procedura selettiva, ivi compresa la pubblicazione sul sito dell’esito della selezione, come da formale autorizzazione allegata alla presente istanza (allegato B) così come previsto dall’avviso di interpello.
6. che l’indirizzo di posta elettronica o pec e al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa alla presente selezione è il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a allega:

1. Curriculum Formativo e Professionale datato e firmato;
2. Elenco dei documenti e titoli prodotti:
3. Copia del documento di identità in corso di validità

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per esteso

**ALLEGATO B**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(art. 13 Dlgs 196 del 30/06/2003 – D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 ed art. 13 GDPR - Regolamento UE 2016/679)**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………, nato/a a ………………………. , prov. …….. il……………….., e residente in …………………..……, prov……………, Via …………………………N………, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi per gli effetti del D.P.R. n.. 445 del 28/12/2000, in qualità di candidato all’avviso interno di interpello per l’individuazione di n.1 Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere categoria D quale componente del Gruppo Operativo C.I.O. del P.O. Cervello indetto con deliberazione n. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo con sede legale in Viale Strasburgo, 233 Palermo;

**AUTORIZZA**

L’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo al trattamento dei propri dati personali, ai sensi dell’articolo 13, comma 1, del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 in conformità al Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.), per le finalità di gestione della procedura di selezione, esonerando la stessa da qualsiasi responsabilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma ( leggibile)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Si allega alla presente dichiarazione fotocopia valido documento d’identità)