schema esemplificativo della domanda

AL DIRETTORE

ASP CITTA' DI SIENA

VIA CAMPANSI,18

53100 - SIENA

Il/La sottoscritto/a COGNOME ..... NOME .....
nato/a a ..... il ..... codice fiscale
..... Residente in Via / Piazza
..... n. ..... Località
..... Prov. ..... C.A.P. .....

Studio professionale e/o Associazione professionale (ove l'attività venga svolta in forma associata):
.....
.....

Telefono..... e-mail
.....PEC.....

chiede di partecipare all' "AVVISO PER AFFIDAMENTO INCARICO DI ATTIVITA' DI SERVIZIO TECNICO"

per l' ASP Città di Siena.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il/la sottoscritto/a dichiara:

- ❑ di possedere cittadinanza .....;
- ❑ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....(indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione);
- ❑ di non aver riportato condanne penali / di aver riportato le seguenti condanne penali: .....;
- ❑ di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a procedimenti penali / di essere a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali: .....
.....;
- ❑ di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Geometri di..... dal ..... Al n.....
- ❑ di possedere i requisiti di partecipazione di cui alla procedura comparativa in argomento;
- ❑ di essere consapevole che l'affidamento dell'incarico non instaura alcun rapporto di lavoro dipendente;
- ❑ che non sussistono rapporti di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni e rapporti in contrasto con il presente incarico;

- ❑ che non sussistono condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente per l'espletamento dell'incarico;
- ❑ di aver preso visione dell'avviso di procedura comparativa e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste e accettarle in toto senza alcuna limitazione e/o riserva dal momento che costituiranno condizione per l'accesso alla selezione comparativa e di stipula del contratto costituendo altresì disposizioni contrattuali espresse applicabili anche se non riportate nel contratto di lavoro autonomo professionale che verrà stipulato in sede di attribuzione dell'incarico;
- ❑ di indicare la propria presenza fisica settimanale presso l'Ufficio Economato della sede Campansi di almeno sei ore, indicativamente nella giornata di _____ dalle ore _____ alle ore_____, eventualmente da variare previo accordo con l'Ufficio;

❑ domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la procedura:

Via/Piazza.....n.....

Località.....CAP.....

Recapiti telefonici .....;

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:

1) curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
2) informativa privacy firmata;
3) fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

.....

.....

Il/La sottoscritto/a autorizza l'ASP Città di Siena al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura. Il/La sottoscritto/a, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella presente domanda.

Luogo e data

FIRMA

.....

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')

Il/La sottoscritto/a ....., codice fiscale ..... nato/a a ..... il ....., residente in ..... Via ..... n. ....., consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale responsabilità, dichiara i seguenti stati, fatti e qualità personali:

ESPERIENZE PROFESSIONALI

TITOLI DI STUDIO, SPECIALIZZAZIONE, ETC.. (titolo, istituto, data conseguimento)

ISCRIZIONE ORDINE (specificare numero e data di iscrizione)

PUBBLICAZIONI

ALTRI TITOLI (corsi di aggiornamento: luogo, argomento, date; docenze: materia, istituto, ore di lezione; etc.)

Dichiaro inoltre che tutte le fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità.

Luogo e data .....

FIRMA

.....

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO
DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO
(ex art. 13 GDPR 2016/679)
TRATTAMENTO: EL10 - Concorsi e avvisi di selezione

Gentile Interessato,
di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **ASP Città di Siena**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **ASP Città di Siena**
Sede: **Via Campansi, 18 - 53100 Siena SI, IT**
Contatti e recapiti:

Ufficio Affari Generali	Tel.05771791001

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Selezione pubblica del personale	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Lavoro (occupazione attuale, precedente, curriculum, ecc.); Istruzione e cultura; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.)	Il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento - Norma Stato membro (D.lgs. 165/2001)

Destinatari: I suoi dati non saranno comunicati ad alcun destinatario.

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: 1 anno dopo la scadenza dei termini di ricorso
- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento
- ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la

protezione dei dati personali

Inoltre,

ha l'obbligo legale di fornire i suoi dati altrimenti è soggetto a sanzioni come previsto dalla normativa

Siena, 23/10/2018

Firma del Titolare del Trattamento
ASP Città di Siena

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome_____ Luogo e data di nascita _____

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **ASP Città di Siena**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **ASP Città di Siena**
Sede: **Via Campansi, 18 - 53100 Siena SI, IT**
Contatti e recapiti:

Ufficio Affari Generali	Tel.05771791001