

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p>Dichiarazione sostitutiva da allegare alla procedura on line</p>	<p>MODULO A) elementi integrativi</p>
--	--	--

Il/la sottoscritto/a _____ (matr. n. _____)

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e, consapevole altresì che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, sotto la propria responsabilità

DICHIARA
ai sensi dell'art. 46-47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

i seguenti ulteriori elementi, secondo quanto previsto dall'Avviso interno di ricognizione, rispetto alle situazioni personali/familiari già dichiarate nel modulo informatico:

	SITUAZIONI PERSONALI/FAMILIARI	NOTE												
a.1)	<input type="checkbox"/> di prestare assistenza a coniuge ovvero la parte dell'unione civile nonché il convivente di fatto di cui alla L. n. 76/2016, figli o genitori con patologie oncologiche (in corso) o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, di seguito indicato <i>Compilare il riquadro e allegare documentazione comprovante la suddetta situazione</i> <table border="1" data-bbox="215 1055 1299 1290"> <thead> <tr> <th data-bbox="215 1055 555 1093">Cognome e nome assistito</th> <th data-bbox="555 1055 938 1093">Luogo e Data di nascita</th> <th data-bbox="938 1055 1299 1093">Relazione di parentela</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome e nome assistito	Luogo e Data di nascita	Relazione di parentela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Allegare anche certificazione medica di struttura pubblica
Cognome e nome assistito	Luogo e Data di nascita	Relazione di parentela												
_____	_____	_____												
_____	_____	_____												
_____	_____	_____												
a.2)	<input type="checkbox"/> di prestare assistenza a persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, di seguito indicata: <i>Compilare il riquadro e allegare documentazione comprovante la suddetta situazione</i> <table border="1" data-bbox="215 1525 1299 1733"> <thead> <tr> <th data-bbox="215 1525 555 1563">Cognome e nome assistito</th> <th data-bbox="555 1525 938 1563">Luogo e Data di nascita</th> <th data-bbox="938 1525 1299 1563">Relazione di parentela</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome e nome assistito	Luogo e Data di nascita	Relazione di parentela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Allegare: - copia verbale L. 104/92 in condizioni di gravità persona convivente - verbale di invalidità civile attestante le necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita Compilare anche Modulo B stato di famiglia			
Cognome e nome assistito	Luogo e Data di nascita	Relazione di parentela												
_____	_____	_____												
_____	_____	_____												
a.3) c) f)	<input type="checkbox"/> di essere genitore del figlio: <i>Compilare il riquadro (OBBLIGATORIO) e se convivente dichiarazione stato di famiglia punto B)</i> <table border="1" data-bbox="215 1839 1299 2051"> <thead> <tr> <th data-bbox="215 1839 624 1877">Cognome e nome figli conviventi</th> <th data-bbox="624 1839 963 1877">Luogo e Data di nascita</th> <th data-bbox="963 1839 1299 1877">Residenza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Cognome e nome figli conviventi	Luogo e Data di nascita	Residenza	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Compilare anche Modulo B dichiarazione stato di famiglia (esclusa situazione c))
Cognome e nome figli conviventi	Luogo e Data di nascita	Residenza												
_____	_____	_____												
_____	_____	_____												
_____	_____	_____												

a.4)	<input type="checkbox"/> di essere genitore di figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 L. 104/92, di seguito indicato <i>Compilare il riquadro e allegare documentazione comprovante la suddetta situazione</i>			Allegare copia verbale L. 104/92 Compilare anche Modulo B dichiarazione stato di famiglia
	Cognome e nome	Luogo e Data di nascita	Residenza	
e)	<input type="checkbox"/> di avere necessità di assistere i genitori, il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi , senza possibilità alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o riabilitazione per tossicodipendenti <i>Compilare il riquadro e allegare documentazione comprovante la suddetta situazione</i>			Allegare relativa certificazione comprovante programma terapeutico/riabilitazione tossicodipendenti Compilare anche Modulo B dichiarazione stato di famiglia
	Cognome e nome	Luogo e Data di nascita	Relazione di parentela	
i)	<input type="checkbox"/> di trovarsi nella seguente ulteriore situazione di svantaggio diverse dalle altre indicate nel bando di avviso: _____ _____ _____			Documentazione comprovante situazione indicata

Si allega (obbligatorio):

- documento di identità dichiarante

certificazione medica di struttura pubblica

copia verbale L. 104/92 in condizioni di gravità persona convivente e verbale di invalidità civile attestante le necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita

copia verbale L. 104/92 figlio assistito

certificazione comprovante sottoposizione familiare convivente a programma terapeutico/riabilitazione per tossicodipendenti

altro: _____

_____, li _____

Il Dipendente _____

INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI LAVORATORI PER LA RICHIESTA DI PASSAGGIO DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (art. 13 Reg. UE 679/2016)

Chi tratta i miei dati?
Il Titolare del trattamento è Azienda Usl della Romagna
Sede legale: Via De Gasperi, n. 8 - 48121 Ravenna
Indirizzo PEC: azienda@pec.auslromagna.it
Come posso contattare il responsabile della protezione dei dati?
Dati di contatto del <i>Data Protection Officer</i> (DPO): dpo@auslromagna.it

Per quali finalità l'AUSL della Romagna tratta i miei dati?	Perché il trattamento dei miei dati è legittimo?	A chi verranno comunicati i miei dati?	Per quanto tempo saranno conservati i miei dati?
<ul style="list-style-type: none"> • per provvedere a verificare la presenza delle condizioni per partecipare alla presente procedura e predisporre la eventuale graduatoria 	<ul style="list-style-type: none"> • perché è basato su obblighi di legge; • perché è necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro. 	<ul style="list-style-type: none"> • I dati che Lei fornisce tramite la compilazione del modulo per la richiesta non vengono comunicati all'esterno dell'AUSL della Romagna né verranno trasferiti al di fuori dell'Unione Europea; • I dati non verranno diffusi ad eccezione del Suo numero di matricola e del punteggio che verranno pubblicati nella graduatoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Per il periodo di tempo indicato nel massimario di scarto

Il mancato conferimento dei dati:

- renderà impossibile per l'AUSL svolgere le verifiche finalizzate alla valutazione delle richieste di trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale e, dunque, ottemperare alle stesse partecipando alla presente procedura, e comporterà l'esclusione dalla procedura.

Quali sono i miei diritti?	Rispetto ai Suoi dati personali da Lei conferiti, Lei ha diritto di ottenerne •accesso •rettifica e in determinate ipotesi: •cancellazione •limitazione del trattamento. Può esercitare i Suoi diritti scrivendo all'indirizzo mail dpo@auslromagna.it all'indirizzo PEC azienda@pec.auslromagna.it o tramite posta ordinaria all'indirizzo via Alcide De Gasperi n.8 - 48121, Ravenna.
A chi posso presentare reclamo?	Qualora Lei ritenga che i Suoi diritti siano stati violati ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali tramite la modalità indicata sul sito www.garanteprivacy.it .