

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p>	<p><b>Dichiarazioni sostitutive da allegare alla domanda di trasformazione del rapporto di lavoro</b></p>	<p><b>MODULO A) elementi integrativi</b></p>
--	---	--

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (matr. n. \_\_\_\_\_), in riferimento alla richiesta di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale

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 per la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale previa assegnazione di apposita postazione, rispetto alle situazioni personali/familiari già dichiarate nel modulo informatico:

	<b>SITUAZIONI PERSONALI/FAMILIARI</b>	<b>NOTE</b>									
a.1.a)	<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 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Cognome e nome assistito</th> <th style="width: 33%;">Data di nascita</th> <th style="width: 33%;">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	Data di nascita	Relazione di parentela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Allegare anche certificazione medica di struttura pubblica
Cognome e nome assistito	Data di nascita	Relazione di parentela									
_____	_____	_____									
_____	_____	_____									
a.1.b)	<input type="checkbox"/> di prestare assistenza a genitore 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Cognome e nome assistito</th> <th style="width: 33%;">Data di nascita</th> <th style="width: 33%;">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	Data di nascita	Relazione di parentela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Allegare anche certificazione medica di struttura pubblica
Cognome e nome assistito	Data di nascita	Relazione di parentela									
_____	_____	_____									
_____	_____	_____									
a.2)	<input type="checkbox"/> di prestare assistenza a persona <b>convivente</b> con totale e permanente inabilità lavorativa a 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Cognome e nome assistito</th> <th style="width: 33%;">Data di nascita</th> <th style="width: 33%;">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	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	Data di nascita	Relazione di parentela									
_____	_____	_____									
_____	_____	_____									

a.3.a) a.3.b) a.3.c) c) f.1) f.2)	<input type="checkbox"/> di essere genitore del figlio: <i>Compilare il riquadro (OBBLIGATORIO) e se convivente dichiarazione stato di famiglia punto B)</i>			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 <b>convivente</b> 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	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 <b>conviventi</b> , 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	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)**

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

<b>Per quali finalità l'AUSL della Romagna tratta i miei dati?</b>	<b>Perché il trattamento dei miei dati è legittimo?</b>	<b>A chi verranno comunicati i miei dati?</b>	<b>Per quanto tempo saranno conservati i miei dati?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• per provvedere a verificare la presenza delle condizioni per partecipare alla presente procedura e predisporre la eventuale graduatoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perché è basato su obblighi di legge;</li> <li>• 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• I dati non verranno diffusi ad eccezione del Suo numero di matricola e del punteggio che verranno pubblicati nella graduatoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per il periodo di tempo indicato nel massimario di scarto</li> </ul>

**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.

<b>Quali sono i miei diritti?</b>	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 <a href="mailto:dpo@auslromagna.it">dpo@auslromagna.it</a> all'indirizzo PEC azienda@pec.auslromagna.it o tramite posta ordinaria all'indirizzo via Alcide De Gasperi n.8 - 48121, Ravenna.
<b>A chi posso presentare reclamo?</b>	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 <a href="http://www.garanteprivacy.it">www.garanteprivacy.it</a> .