



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTI DI NOTORIETÀ

(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA I SEGUENTI STATI, FATTI O QUALITÀ PERSONALI

1. Dati anagrafici:

- di essere nato/a a prov.
Nazione il
- di essere attualmente residente
a prov. CAP
in Via/Piazza n. civico
- di essere stato residente dal **01 gennaio del 2023**, alla data del
(compilare SOLO se la residenza al 01/01/2023 risultava diversa da quella attuale)
a prov. CAP
in Via/Piazza n. civico
- di essere domiciliato a
(compilare SOLO se diverso dalla residenza)
a prov. CAP
in Via/Piazza n. civico

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di residenza.

- di essere in possesso del seguente codice fiscale
Telefono cellulare Telefono fisso
indirizzo mail
indirizzo pec
- di essere cittadino del seguente paese comunitario:
oppure in caso contrario
- di essere cittadino del seguente paese NON comunitario:
e di essere in possesso del permesso di lungo soggiorno: SI NO



- di godere dei diritti politici: SI NO
- di aver riportato le seguenti condanne penali, (anche per effetto di decreti penali di condanna o di sentenze di “patteggiamento” ex art. 444 e 445 cpp), indicando il tipo di reato e gli estremi della sentenza di condanna (NB indicare anche i provvedimenti per i quali è intervenuta la riabilitazione o l’estinzione del reato, o per i quali è stata prevista la non menzione, la sospensione giudiziale, il condono o il perdono giudiziale, l’amnistia, l’indulto): SI NO

In caso affermativo, indicare il tipo di reato:

- di essere stato destituito o dispensato dall’impiego, ovvero licenziato da un pubblico impiego: SI NO
- dichiara di avere in corso procedimenti penali pendenti, di cui si **IMPEGNA** a comunicare l’esito entro 30 giorni dalla sua conoscenza: SI NO

In caso affermativo, indicare il numero del procedimento ed il reato imputato :

- di avere riportato sanzioni disciplinari nell’ultimo biennio: SI NO

In caso affermativo, indicare il tipo di sanzione:

- indicare lo Stato civile: Celibe/nubile Coniugato/a Divorziato/a Libero/a di stato Vedovo/a Altro

- di essere genitore di n. **figli minorenni:**

1. Cognome/nome

Data e luogo di nascita

Comune, Via, numero civico di residenza



2. Cognome/nome
 Data e luogo di nascita
 Comune, Via, numero civico di residenza

3. Cognome/nome
 Data e luogo di nascita
 Comune, Via, numero civico di residenza

4. Cognome/nome
 Data e luogo di nascita
 Comune, Via, numero civico di residenza

2. Titoli e qualifiche:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio, **necessario** per l'accesso alla qualifica di inquadramento (*inserire il titolo di specializzazione se già conseguito e corrispondente alla qualifica di inquadramento*)

conseguito presso in data

- di essere in possesso inoltre dei seguenti titoli di studio:

- titolo di studio **universitario**
 conseguito presso in data
- diploma di scuola **media superiore**
 conseguito presso in data
- diploma di **qualifica prof.le**
 conseguito presso in data
- diploma di scuola **media inferiore**
 conseguito presso in data

Per i cittadini stranieri:

si impegna a presentare ENTRO LA DATA DI DECORRENZA DEL RAPPORTO DI LAVORO la dichiarazione di valore, la dichiarazione giurata, il decreto di equipollenza del titolo professionale ove previsto, PENA DECADENZA DAL SERVIZIO.

Dichiara, inoltre:

- di essere in possesso della abilitazione all'**esercizio della professione medica, sanitaria, tecnica e professionale** acquisita con esame di Stato (*per esempio: Medicina e Chirurgia*):



- di essere in possesso del **titolo di specializzazione** nella disciplina di *(completare SOLO se SPECIALIZZATO)*:
conseguita presso l'Università di in data
- di essere **iscritto** *(completare SOLO se SPECIALIZZANDO)* al anno della **Scuola di Specializzazione** di
presso l'Università
di
Data di presumibile conseguimento del titolo di specializzazione:
Indirizzo PEC Segreteria Scuola di Specializzazione:
 - di essere consapevole che il contratto individuale di lavoro che andrà a sottoscrivere decadrà per effetto della specializzazione (è onere del soggetto comunicare, il giorno stesso della data di specializzazione, l'avvenuto conseguimento al seguente indirizzo mail: assunzioni.sumap@ausl.bologna.it);
- di essere, inoltre, in possesso del seguente **ulteriore titolo di studio** non ricompreso in quelli precedenti
conseguito presso in data
- di essere **soggetto all'obbligo di iscrizione all'ordine professionale** *(indicare l'ordine professionale di appartenenza)* della Provincia di:
 numero e data di iscrizione
 - di essere a conoscenza che la suddetta iscrizione deve essere obbligatoriamente mantenuta per tutta la durata del rapporto di lavoro con l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola;
 - di aver presentato domanda di pre-iscrizione al relativo Ordine e si impegna di comunicare tempestivamente l'avvenuta iscrizione al seguente indirizzo mail: assunzioni.sumap@ausl.bologna.it ;
 - di essere consapevole che la mancata iscrizione comporterà la risoluzione di diritto del presente contratto.

3. Attività Lavorative e Conflitto di interessi:

- di avere prestato/di prestare servizio presso gli **Enti Pubblici**, con rapporto di **lavoro dipendente** *(dichiarare SOLO rapporti di lavoro subordinati a tempo indeterminato o determinato, con orario di lavoro a tempo pieno o parziale, per il comparto; dichiarare SOLO rapporti di lavoro subordinati a tempo indeterminato o determinato, con orario di lavoro a tempo pieno o ad impegno ridotto, per la dirigenza. In caso di impegno di lavoro parziale o ridotto, indicare il monte ore)* SI NO
In caso affermativo, specificare:

1. Denominazione Ente Pubblico
Data inizio rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)



Data fine rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)	<input type="text"/>
Tipologia rapporto (specificare tempo indeterminato/determinato)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Profilo professionale/Disciplina/Categoria/Mansione	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Motivo termine	<input type="text"/>

2. Denominazione Ente Pubblico

Data inizio rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)	<input type="text"/>
Data fine rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)	<input type="text"/>
Tipologia rapporto (specificare tempo indeterminato/determinato)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Profilo professionale/Disciplina/Categoria/Mansione	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Motivo termine	<input type="text"/>

3. Denominazione Ente Pubblico

Data inizio rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)	<input type="text"/>
Data fine rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)	<input type="text"/>
Tipologia rapporto (specificare tempo indeterminato/determinato)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Profilo professionale/Disciplina/Categoria/Mansione	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Motivo termine	<input type="text"/>

4. Denominazione Ente Pubblico

Data inizio rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)	<input type="text"/>
Data fine rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)	<input type="text"/>
Tipologia rapporto (specificare tempo indeterminato/determinato)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Profilo professionale/Disciplina/Categoria/Mansione	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Motivo termine	<input type="text"/>

5. Denominazione Ente Pubblico

Data inizio rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)	<input type="text"/>
Data fine rapporto di lavoro (nel formato gg/mm/aa)	<input type="text"/>
Tipologia rapporto (specificare tempo indeterminato/determinato)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Profilo professionale/Disciplina/Categoria/Mansione	<input type="text"/>



Motivo termine	

- di avere/di avere avuto negli ultimi tre anni i seguenti rapporti (diretti/indiretti) di collaborazione con **soggetti privati** in qualunque modo retribuiti (Art. 6 DPR 62/2013 “Codice di Comportamento”):
- In caso affermativo, specificare: SI NO

1.	Denominazione soggetto privato		
	Data inizio collaborazione (nel formato gg/mm/aa)		
	Data fine collaborazione (nel formato gg/mm/aa)		
	Tipologia rapporto (es. lavoro autonomo/subordinato/altro)		
	Attività svolta		
2.	Denominazione soggetto privato		
	Data inizio collaborazione (nel formato gg/mm/aa)		
	Data fine collaborazione (nel formato gg/mm/aa)		
	Tipologia rapporto (es. lavoro autonomo/subordinato/altro)		
	Attività svolta		
3.	Denominazione soggetto privato		
	Data inizio collaborazione (nel formato gg/mm/aa)		
	Data fine collaborazione (nel formato gg/mm/aa)		
	Tipologia rapporto (es. lavoro autonomo/subordinato/altro)		
	Attività svolta		
4.	Denominazione soggetto privato		
	Data inizio collaborazione (nel formato gg/mm/aa)		
	Data fine collaborazione (nel formato gg/mm/aa)		
	Tipologia rapporto (es. lavoro autonomo/subordinato/altro)		
	Attività svolta		

E, nel caso in cui si abbia in corso uno o più rapporti (diretti/indiretti) di collaborazione con **soggetti privati** in qualunque modo retribuiti sopra elencati, che:

- il/la sottoscritto/a, un parente, un affine entro il secondo grado, il coniuge o il convivente ha tuttora rapporti finanziari con uno o più dei **soggetti privati sopra indicati**: SI NO
in caso affermativo, specificare chi e con quale/i soggetto:

--

- che, per quanto di conoscenza del sottoscritto, i predetti rapporti di collaborazione sono intercorsi/intercorrono con soggetti che hanno interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio,



IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento Amministrativo

Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale

limitatamente alle pratiche che verranno affidate (*compilare SOLO se intercorsi rapporti di lavoro subordinati con soggetti privati, precedentemente indicati*) SI NO

Solo per i dirigenti:

- di avere partecipazioni azionarie o altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica svolta (Art. 13 del DPR 62/2013 "Codice di Comportamento e art. 12 del "Codice di comportamento aziendale") SI NO

In caso affermativo, specificare:

- di avere parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongono in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che sono coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio

In caso affermativo, specificare: SI NO

Il/La sottoscritto/a si impegna a compilare nuovamente la suddetta dichiarazione relativa al conflitto di interessi al momento di effettivo inizio del rapporto di lavoro tramite l'accesso al portale aziendale.

Dichiaro, infine, di:

- APPARTENERE alla seguente categoria protetta: SI NO *In caso affermativo, specificare:*

di cui si impegna a

presentare la documentazione probatoria;

- ESSERE INVALIDO CIVILE: SI NO *In caso affermativo, specificare percentuale invalidità*

 %

Il/La sottoscritto/a prende atto, altresì, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679, che i dati suindicati verranno utilizzati esclusivamente per la gestione del rapporto di lavoro, in ottemperanza ai principi stabiliti dalla citata normativa.

4. Norme di Comportamento

Il dipendente dichiara di conformare il proprio comportamento alle norme contenute nel codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 16/04/2013 n. 62, nonché nel codice di comportamento aziendale; a tal fine il dipendente conferma di aver ricevuto dall'Azienda copia di entrambi i codici, disponibili anche sul sito web aziendale al seguente link:

<https://ambo.ausl.bologna.it/tras/codice-di-comportamento>

Bologna,

IL DIPENDENTE

(Firmare per esteso)

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

(Firmare per esteso)



DICHIARAZIONE INCOMPATIBILITA', CUMULO DI IMPIEGHI, INCARICHI

Le dichiarazioni contenute in questa sezione devono essere rese con riferimento alla situazione esistente alla data di sottoscrizione del presente modulo.

Il/La sottoscritto/a

nato/a a prov. il

DICHIARA

- di avere in corso altri rapporti di lavoro alle **dipendenze di una Pubblica Amministrazione**
SI NO *In caso affermativo, specificare profilo professionale / disciplina / categoria e denominazione Ente Pubblico:*

- di avere in corso rapporti di lavoro alle **dipendenze di datore di lavoro privato**
SI NO *In caso affermativo, specificare profilo professionale / disciplina / categoria e denominazione Ente Pubblico:*

- di avere in corso **un'attività nell'ambito del commercio, dell'industria**
SI NO *In caso affermativo, specificare:*

- di avere in corso una **professione, compresa l'attività libero professionale svolta nell'ambito del proprio studio privato**
SI NO *In caso affermativo, specificare:*

- di avere cariche gestionali in società costituite a fini di lucro
SI NO *In caso affermativo, specificare:*

- di avere in corso un rapporto di **Collaborazione coordinata e continuativa** (oggetto della prestazione).
SI NO *In caso affermativo, specificare:*



Dipartimento Amministrativo

Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale

- di percepire alla data odierna la seguente **Borsa di studio in qualità di personale sanitario medico e non medico in formazione specialistica di cui alla Legge 234 del 30/12/2021, art. 1, comma 268, lettera a:**

SI fino al NO

- di percepire alla data odierna la seguente **Borsa di studio:**

SI NO *In caso affermativo, specificare:*

In TUTTI i casi, il/la sottoscritto/a si obbliga sin d'ora a cessare la suddetta attività prima della data di decorrenza del rapporto di lavoro con l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola, eccetto per l'attività libero professionale svolta dal personale sanitario-medico e non medico che abbia optato per il rapporto di lavoro NON ESCLUSIVO, nonché per il personale sanitario medico e non medico SPECIALIZZANDO titolare di borsa di studio (Legge 27 del 24/04/2020), come da dichiarazione allegata.

Nel caso in cui il/la sottoscritto/a risulti svolgere un dottorato di ricerca con assegno, si impegna a rinunciare a tale assegno dalla data di decorrenza del rapporto di lavoro con l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola.

Dichiara, inoltre, di avere in corso:

- lavoro occasionale o altra attività diversa, comprese quelle precedentemente elencate a pagina 8 della presente dichiarazione, oggetto della prestazione.

In caso affermativo, indicare quale lavoro occasionale/attività, fornendo, in allegato alla presente dichiarazione, tutta la documentazione probatoria, aggiornata alla data di compilazione della presente, utile alla valutazione di compatibilità da parte della struttura presso la quale sarà inserito/a (a titolo esemplificativo, la visura camerale, l'atto costitutivo societario, la titolarità di eventuale Partita Iva connessa all'Impresa). A tal proposito si richiama l'art. 53 del D.lgs. 165/2001, contenente le disposizioni legislative in materia di incompatibilità, tra le quali l'art. 60 del D.P.R. N.3/57 che pone il seguente principio generale: "*il pubblico dipendente non può esercitare il commercio, l'industria né alcuna professione o assumere impieghi alle dipendenze di privati o **accettare cariche in società costituite ai fini di lucro.***"

Dipartimento Amministrativo
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale

Il/La sottoscritto/a si impegna a mantenere attiva la Partita IVA per il tempo strettamente necessario all'emissione di fatture per la riscossione di prestazioni rese in data anteriore alla data di decorrenza del rapporto di lavoro con l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola, nonché per l'effettuazione di pagamenti e, comunque, entro i successivi 5 mesi dalla data di decorrenza del rapporto di lavoro, fatte salve eventuali esigenze che possono determinarne la chiusura oltre il predetto termine, si impegna a chiuderla definitivamente. Dell'avvenuta chiusura definitiva, compresa quella posticipata, sempreché motivata, dovrà esserne data comunicazione al seguente indirizzo e-mail: **assunzioni.sumap@ausl.bologna.it**

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la mancata comunicazione entro i termini sopra indicati secondo la suddetta modalità, andrà a determinare la decadenza dal servizio in quanto il mantenimento della Partita Iva, anche se inattiva/sospesa, è comunque incompatibile con il rapporto di dipendenza subordinato nell'ambito della Pubblica Amministrazione.

Il/La sottoscritto/a è altresì consapevole che la volontà del mantenimento di situazioni di incompatibilità/conflicto di interessi dopo la formale comunicazione dell'esito della verifica e della valutazione da parte dell'Ente e, comunque, prima della decorrenza del rapporto, andrà a determinare la decadenza.

Per il personale del Comparto, Area Sanità, Area Funzioni Locali:

- In caso di assunzione a **tempo indeterminato** in **categoria, profilo e disciplina, ove prevista, diversi da quelli di assunzione**, dichiara di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda/Ente Pubblico

in qualità di dal
e di aver richiesto:

- l'aspettativa senza retribuzione per tutta la durata del periodo di prova. **(E' necessario formalizzare tale richiesta all'Ufficio competente della propria Azienda; per l'Azienda USL di Bologna rivolgersi all'ufficio Amministrazione del rapporto di lavoro)**

- In caso di assunzione a **tempo determinato** in **categoria, profilo e disciplina, ove prevista, uguali o diversi da quelli di assunzione**, dichiara di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda/Ente Pubblico

in qualità di dal
e di aver richiesto:

- l'aspettativa senza retribuzione per tutta la durata del contratto. **(E' necessario formalizzare tale richiesta all'Ufficio competente della propria Azienda; per l'Azienda USL di Bologna rivolgersi all'ufficio Amministrazione del rapporto di lavoro)**

Solo per il personale del Comparto:

- di essere esonerato dal periodo di prova per:
 averlo già superato con rapporto di lavoro subordinato presso l'Azienda/Ente

a tempo determinato o indeterminato nella medesima o corrispondente area o categoria o livello economico del precedente ordinamento professionale, profilo ed eventuale ambito di attività. L'esonero determina l'immediata cessazione del rapporto di lavoro originario.



Dipartimento Amministrativo
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale

avere già svolto con rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato presso l'Azienda/Ente

almeno uno dei quali pari a dodici mesi ed effettivamente prestati senza soluzione di continuità, nella medesima o corrispondente area o categoria o livello economico del precedente ordinamento professionale, profilo ed eventuale ambito di attività. L'esonero determina l'immediata cessazione del rapporto di lavoro originario.

Di essere altresì esonerato dal periodo di prova:

- per aver effettuato un passaggio di profilo all'interno di un'Area presso codesta Azienda/Ente, ai sensi dell'art. 18 (Passaggi di profilo all'interno di ciascuna Area nella stessa Azienda o Ente);
- per aver effettuato una progressione tra le aree con procedura selettiva interna ai sensi dell'Art. 20 (Progressione tra le aree). E' escluso il personale di elevata qualificazione.

Solo per il personale dell'Area Sanità:

- di essere esonerato dal periodo di prova per:
 - averlo già superato, nella medesima disciplina, presso enti ed aziende del comparto, nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;
 - averlo già superato, nella medesima disciplina, presso enti ed aziende del comparto, nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato, di durata superiore a 12 mesi;
 - avere già svolto, nella medesima disciplina, presso enti ed aziende del comparto, un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato, di durata superiore a 12 mesi.

Solo per il personale dell'Area Funzioni Locali

- di essere esonerato dal periodo di prova per averlo già superato nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

In fede

Bologna,

IL DIPENDENTE

(Firmare per esteso)

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

(Firmare per esteso)



Dipartimento Amministrativo

Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale

Informativa e acquisizione del Consenso al trattamento dei dati personali

art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Ai sensi della normativa sopra richiamata, si informa la S.V che i dati personali sensibili (quali ad esempio dati sanitari, iscrizione a sindacati) forniti dalla S.V. formano o potranno formare oggetto di trattamenti operati dall'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola nel rispetto della normativa sopra indicata a tutela della riservatezza.

Per trattamento dei dati si intende qualunque operazione di acquisizione, raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, utilizzo, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione degli stessi.

Tali trattamenti sono finalizzati alla instaurazione e alla gestione dei rapporti di lavoro dipendente di qualunque tipo, anche successivamente alla sua risoluzione, sotto il profilo economico e giuridico.

Per tale considerazione, il conferimento dei dati richiesti alla S.V. riveste natura obbligatoria.

I dati inerenti la S.V. saranno utilizzati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto d'ufficio e potranno essere comunicati, solo se necessario, a soggetti pubblici (quali, ad esempio, INPS, INPDAP, INAIL, Dipartimento Funzione Pubblica, Regione Emilia Romagna, altre Aziende Usl ed Ospedaliere), a soggetti privati (quali ad esempio il Tesoriere dell'Azienda e Compagnie di Assicurazione) per finalità istituzionali, all'autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.

I dati forniti dalla S.V. saranno oggetto di trattamento da parte del Servizio Personale con modalità sia manuale sia informatizzata, mediante il loro inserimento negli archivi e nella banca dati dipendenti, la cui responsabilità è in capo al Servizio Personale nella persona del Dirigente del Servizio pro tempore.

L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola custodirà i Suoi dati in archivi cartacei e li proteggerà con misure di sicurezza, previste dalla normativa vigente, in grado di garantire che solo personale autorizzato e tenuto al segreto possa conoscere informazioni che La riguardano.

In relazione ai trattamenti di dati operati dall'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola, alla S.V. sono riconosciuti i diritti previsti:

- conoscere l'origine dei dati personali, le finalità e le modalità di trattamento;
- ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati;
- ottenere la cancellazione e la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che riguardano la S.V., ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

A tal fine:

Io sottoscritto/a nato/a a prov. il
 codice fiscale residente a
 prov. cap Via

DICHIARO

Di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali sensibili, fornitami ai sensi del D.Lgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e con riferimento a tutte le operazioni di trattamento sopra citate, da effettuarsi da parte dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola.

AUTORIZZO

L'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola a trattare i miei dati personali sensibili per finalità attinenti alla gestione del rapporto di lavoro.

Bologna,

IL DIPENDENTE

(Firmare per esteso)



Dipartimento Amministrativo

Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTI DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a prov. il

consapevole che 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, e che decadono i benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base a dichiarazione rivelatasi successivamente mendace,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 1, commi 471 e seguenti, della legge 27/12/2013, n. 147 (legge di stabilità per il 2014)

- di essere titolare di trattamento pensionistico: SI NO

In caso affermativo, l'importo annuo ammonta ad Euro:
al netto, se dovuta, della decurtazione per il contributo di solidarietà di cui all'art. 1, comma 486 della Legge di stabilità per il 2014;

- di essere titolare dei seguenti ulteriori trattamenti economici: SI NO **(elencare gli eventuali**

ulteriori trattamenti economici rientranti nell'art.1, comma 471 e seguenti della Legge 147/13)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto l'eventuale trattamento pensionistico che dovesse intervenire durante il rapporto di lavoro con l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola.

Bologna,

IL DIPENDENTE

(Firmare per esteso)

IL FUNZIONARIO RICEVENTE

(Firmare per esteso)