

.....  
(indicare il CODICE AVVISO specificato nel bando)

Spett.le  
UOC Gestione Risorse Umane  
Fondazione IRCCS Cà Granda  
"Ospedale Maggiore Policlinico"  
Via Francesco Sforza, 28  
20122 MILANO

**OGGETTO: domanda di ammissione all'avviso di selezione per borsa di studio.**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per l'attribuzione di borsa di studio dal titolo: "(SPECIFICARE TITOLO PROGETTO/ATTIVITA')" presso l'UOC/UOSD ..... (SPECIFICARE LUOGO DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA') della Fondazione IRCCS.

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

1. di essere nato a.....il.....
2. di essere residente a.....CAP.....in via.....n°.....tel.....email.....;

**Compilare se domicilio diverso dalla residenza**

3. di essere domiciliato a.....CAP.....in via.....n.....tel.....;
4. di essere in possesso della cittadinanza.....(sono ammessi i cittadini italiani, salve le equiparazioni stabilite dalle Leggi vigenti, o i cittadini di uno dei paesi dell'Unione Europea; sono ammessi altresì i familiari di cittadini comunitari, non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente). Sono altresì ammessi i cittadini di Paesi terzi che siano titolari di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (art. 9 del D.Lgs. 25.7.1998 n. 286) rilasciato dallo Stato Italiano, o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria, e passaporto in corso di validità o altro documento equipollente;
5.  di non avere condanne penali o procedimenti penali in corso  
 di avere condanne penali o procedimenti penali in corso (specificare quali).....;
6. di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i:
  - o Diploma di Scuola Secondaria Superiore in.....conseguito in data.....presso..... riportando la votazione di.....;
  - o Laurea triennale in.....conseguita in data.....presso..... riportando la votazione di.....;
  - o Laurea magistrale in.....conseguita in data.....presso..... riportando la votazione di.....;
  - o di essere in possesso della Specializzazione in ....., conseguita in data .....presso .....
  - o di essere in possesso del Dottorato in.....conseguito in data.....presso.....
  - o di essere iscritto all'Ordine.....;

7.  di non essere già titolare di altro incarico presso la Fondazione IRCCS (o di altro contratto di ricerca, di altra borsa di studio o assegno di qualunque tipo)
- di essere già titolare di altro incarico presso la Fondazione IRCCS (o di altro contratto di ricerca, di altra borsa di studio o assegno di qualunque tipo)....., con scadenza.....cui sono disposto a rinunciare in caso della vincita della borsa di studio in oggetto;
8.  di non avere grado di parentela o affinità fino al secondo grado compreso con il Responsabile di U.O./Servizio cui afferisce la borsa di studio, o con il Direttore del relativo Dipartimento, ovvero con il Direttore Generale, Scientifico, Sanitario o Amministrativo o con un componente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS;
- di avere grado di parentela o affinità fino al secondo grado compreso con il Responsabile di U.O./Servizio cui afferisce la borsa di studio, o con il Direttore del relativo Dipartimento, ovvero con il Direttore Generale, Scientifico, Sanitario o Amministrativo o con un componente del Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS;
9.  di non rientrare nelle fattispecie previste dalla L. 114/2014,art. 6., per il quale si ritengono esclusi dalla selezione i soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza;
- di rientrare nelle fattispecie previste dalla L. 114/2014,art. 6., per il quale si ritengono esclusi dalla selezione i soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza;
10.  di non essere legato con rapporto di impiego ad Enti pubblici o privati;
- di essere legato con rapporto di impiego con (Ente pubblico/privato) ..... con la qualifica di ..... cui sono disposto/a a rinunciare in caso di vincita della borsa in oggetto;

Allega alla presente domanda il proprio curriculum vitae datato e firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso ed esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, DICHIARA, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni relative all'avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Fondazione non risponde per eventuali disguidi postali, né per la mancata comunicazione – da effettuare con le modalità previste nell'avviso di selezione – dell'eventuale cambio di residenza o del recapito delle comunicazioni indicate nella presente domanda. Il/la sottoscritto/la dichiara, infine, di aver preso visione dell'avviso di selezione e di sottostare a tutte le condizioni ivi stabilite.

Milano, li

FIRMA

.....



### **Informativa agli operatori della Fondazione sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente**

Gentile Signore/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE (di seguito, anche "GDPR") e della normativa privacy interna vigente, con la presente Le forniamo le seguenti informazioni:

1. Il Titolare del trattamento dei dati personali, da Lei conferiti e da noi acquisiti, è la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, con sede legale in Milano, Via Francesco Sforza n. 28, che potrà essere contattato scrivendo a: **privacy@policlinico.mi.it**.
2. Il Responsabile della protezione dei dati potrà essere contattato scrivendo a: **dpo@policlinico.mi.it**.
3. Il trattamento dei dati personali è effettuato per il perseguimento delle seguenti **finalità**:
  - a) instaurazione e gestione del rapporto di lavoro dipendente di qualsiasi tipo (es. tempo pieno, part-time, temporaneo), nonché di altre forme di lavoro autonomo, onorario, o altri che non comportino la costituzione di un rapporto di lavoro subordinato;
  - b) instaurazione e gestione di rapporti di collaborazione con soggetti che, anche temporaneamente, svolgono attività di supporto, di specializzazione, di studio e di ricerca;
  - c) gestione contabile e amministrativa connessa alle attività istituzionali in adempimento agli obblighi statali e regionali.

Per la conduzione delle finalità di cui al punto a) e b), la Fondazione potrà trattare i suoi dati personali per gli adempimenti richiesti dalla sorveglianza sanitaria, nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. (Decreto legislativo 9 aprile 2008 n.81 e D.lgs. 101/2020).

Verrà per questo fine istituita, e periodicamente aggiornata, una cartella sanitaria che riporta il giudizio di idoneità, le sue condizioni psicofisiche, i risultati degli accertamenti strumentali, di laboratorio e specialistici, eventuali livelli di esposizione a rischi specifici.

I dati così raccolti potranno essere utilizzati da Fondazione anche per la conduzione di attività di ricerca e approfondimenti scientifici per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e per garantire parametri elevati di qualità e sicurezza della sorveglianza sanitaria, nel rispetto del diritto dell'Unione o degli Stati membri e del segreto professionale (GDPR, art. 9.2. lettera i). Il conferimento dei dati personali è indispensabile per le finalità sopra indicate e l'eventuale diniego comporta, da parte del Titolare, l'impossibilità di instaurare il rapporto di lavoro.

4. I Suoi dati personali possono essere **comunicati ai seguenti soggetti**:
  - a) Responsabile esterno del trattamento e persone autorizzate al trattamento sotto l'autorità diretta del Titolare o del Responsabile esterno;
  - b) Ministeri;
  - c) Amministrazioni Pubbliche;
  - d) Regioni/Province
  - e) Altre aziende ospedaliere e strutture accreditate;
  - f) Soggetti in regime di consulenza e/o convenzione;
  - g) Altri organismi del servizio sanitario nazionale;
  - h) Enti previdenziali e/o assicurativi (INAIL);
  - i) Soggetti terzi destinati per legge o per regolamento;
  - j) Forze di polizia e Autorità giudiziaria, nei casi previsti dalla legge.

L'elenco completo di tutti i Responsabili esterni, che potranno venire a conoscenza dei Suoi dati nell'espletamento delle proprie attività di collaborazione con il Titolare, può essere da Lei visionato sul sito istituzionale della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, nella Sezione "Privacy".

5. I Suoi dati personali vengono trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. Il trattamento dei suoi dati personali è realizzato per mezzo delle seguenti operazioni: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, consultazione, adattamento o modifica, uso, diffusione, comunicazione, estrazione, raffronto, interconnessione, limitazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono trattati con supporti cartacei o informatici, con l'adozione di ogni misura tecnica e organizzativa adeguata a garantire la sicurezza dei dati personali.

In particolare, l'eventuale diffusione delle Sue immagini/riprese avverrà con le seguenti modalità: dépliant, dossier, riviste, sito istituzionale e canali social istituzionali (esempio canale Youtube) .

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47, co. 1 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a il..... a.....

residente a .....indirizzo.....

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

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

quanto segue:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Milano, li.....

IL/LA DICHIARANTE (\*)

.....

(\*) Allegare fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità alla data di presentazione della domanda.

**N.B.**

L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici conseguenti, fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

**Art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 – Sanzioni Penali**

Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

**Informativa a' sensi dell'art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE e della normativa privacy nazionale vigente**

I dati sopra riportati verranno trattati nel rispetto delle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono acquisiti ed utilizzati unicamente per tali finalità.

SPETT.LE  
Fondazione IRCCS Ca' Granda –  
Ospedale Maggiore Policlinico  
VIA F.SFORZA, 28  
20122 MILANO

OGGETTO: dati anagrafici, posizione fiscale, scelta del mezzo di pagamento.

Il/la sottoscritto/a.....  
Nato/a a.....Provincia.....il.....  
Residente a.....Provincia.....c.a.p.....  
Via.....n°.....Tel.....  
Domicilio (se diverso dalla residenza).....Provincia.....c.a.p.....  
Via.....n°.....  
e-mail.....  
N° codice fiscale.....  
N° codice ENPAM/ENPAB/ENPAP/ENPAF/INPGI (eventuale).....

DICHIARA

in relazione ai pagamenti per le prestazioni rese nei confronti di codesto Ente

**(la scheda va compilata in tutte le sue parti per poter procedere al corretto pagamento del compenso)**

1. Di essere/non essere dipendente di altro ente pubblico/altra ditta privata o titolare di pensione  
(indicare denominazione, indirizzo, recapito telefonico)  
.....

2. In relazione al decreto legge n.66/2014 e successive modifiche e integrazioni relative al bonus irpef, chiede:  **l'applicazione del bonus solo in sede di conguaglio di fine anno**  **che non venga corrisposto il bonus perché in possesso di altri redditi che concorrono al superamento della soglia prevista** (nel caso non si barri nessuna casella il bonus verrà applicato automaticamente nel rispetto delle norme che lo regolano dal primo mese di pagamento del contratto).

Il/la sottoscritto/a chiede che le proprie competenze vengano corrisposte (*barrare la casella*):

tramite accredito sul c/c intestato a me medesimo (o cointestato)

**IBAN** .....

della Banca.....Filiale di.....

consapevole che nel caso di accredito presso una Banca diversa dalla Banca Regionale Europea, qualora previste, siano a proprio carico le eventuali spese di trasferimento e l'onere della valuta.

Il/la sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare eventuale successiva variazione di quanto sopra dichiarato.

Luogo, data

In fede