ALLEGATO A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PREMIO “FRANCESCA PARIS KIRCHNER”

per OPERATORI SOCIO SANITARI IN CURE PALLIATIVE

2023 1^ Edizione

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia \_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

CAP. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede**

la partecipazione al concorso per l’assegnazione del premio **per un elaborato sul lavoro degli operatori socio sanitari in cure palliative**

* A titolo individuale

o

* Per conto del gruppo di lavoro formato da:
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara**

di aver preso visione del bando PREMIO FRANCESCA PARIS KIRCHNER e di accettarne senza riserve tutte le condizioni

**Titolo dell’elaborato:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**dichiara inoltre**

* di essere assunto/a con la qualifica di OSS presso l’Hospice di

|  |  |
| --- | --- |
| * Bolzano - Azienda Sanitaria | * Mori - Amedeo Bettini |
| * Mezzolombardo - Azienda Sanitaria | * Trento - Casa Hospice Cima Verde |

* di essere stato/a in servizio nel 2023
* di autorizzare la pubblicazione di una sintesi del lavoro sul sito della SICP e della Fondazione Hospice Trentino;
* di autorizzare il trattamento dei dati personali

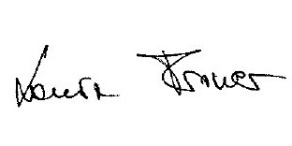
**Allega**

* l’elaborato in formato digitale (file pdf compresso);
* una lettera di presentazione della/del coordinatrice/coordinatore infermieristica/o dell’Hospice
* un abstract dell’elaborato (massimo 3000 caratteri spazi inclusi)

**Informativa Privacy**

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali” (GDPR) la Fondazione Hospice Trentino onlus tratterà i dati personali nell’ambito delle proprie finalità istituzionali esclusivamente per lo svolgimento della presente procedura di selezione (art. 6, paragrafo 1, lett. e), del GDPR).Il Titolare del trattamento è la Fondazione Hospice Trentino onlus, Via Menguzzato,48 38123 Trento, e-mail: [fondazionehospicetn@pcert.it](mailto:fondazionehospicetn@pcert.it). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo e-mail: [info@fondazionehospicetrentino.it](mailto:info@fondazionehospicetrentino.it). Il trattamento dei dati sarà effettuato esclusivamente da parte di personale autorizzato in relazione ai compiti e alle mansioni assegnate e nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità. I dati raccolti non saranno oggetto di trasferimento in Paesi extra Ue. Il conferimento dei dati personali è indispensabile per lo svolgimento della presente procedura e il mancato conferimento preclude la partecipazione alla procedura stessa. I dati saranno conservati per il periodo necessario allo svolgimento della procedura e all’espletamento di tutti gli adempimenti di legge. In ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del Titolare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR e, in particolare, l’accesso ai propri dati personali, la rettifica, l’integrazione, la cancellazione, la limitazione nonché il diritto di opporsi al trattamento. Resta salvo il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell’art. 77 del GDPR.

Il titolare

 Laura Froner

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per informazioni:

Fondazione Hospice Trentino Onlus: [info@fondazionehospicetn.it](mailto:info@fondazionehospicetn.it)