

OGGETTO: disponibilità incarico a tempo indeterminato pubblicato il _____ ° Trimestre anno _____
Branca di _____ sede _____ ore settimanali _____

Il/La sottoscritt _____, nat_ a _____ il _____,
PEC _____ email _____ Cellulare: _____

Medico Specialista Odontoiatra Medico Veterinario Professionista (Biologo - Chimico - Psicologo)

Laureat_ in _____ presso _____ in data _____,
Specializat_ in _____ presso _____ in data _____,
Iscritt_ all'Albo professionale dei _____ in data _____ abilitat_ all'esercizio
della professione di _____ con annotazione della specializzazione in _____

CHIEDE

che gli venga assegnato l'incarico in oggetto in quanto trovasi nelle condizioni di cui l'art. 21, comma 2, lettera h) i)
j) dell'ACN 2020 secondo il seguente ordine di priorità (vedere legenda):

A.S.L. /Altro	SEDE STRUTTURA	N° ORE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A tal fine dichiara:

- **relativamente all'art. 21, comma 2, lettera h):**

di essere iscritto nella graduatoria dell'ambito zonale del Comitato Consultivo di Nuoro di cui all'art. 19 dell'A.C.N. 2020 nella branca di _____ dell'anno _____ (graduatoria in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda di disponibilità)

- **relativamente all'art. 21, comma 2, lettera I):** specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN 2000

- a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- b) iscrizione all'Albo professionale;
- c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2. Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia. La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'articolo 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.

- **relativamente all'art. 21, comma 2, lettera J) (solo per i medici specialisti):**

di essere medico di medicina generale , medico pediatra di libera scelta , medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso _____ con anzianità di servizio riconosciuto dal _____ (delibera n. ____ del _____).

Ogni comunicazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo PEC _____

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Allega fotocopia del documento d'identità.

DATA

FIRMA

Legenda:

Incarico ai sensi l'art. 21, comma 2, lettera:

h) Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'ACN 2020 in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso;

i) Specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19;

j) Medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico.

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali ATS Sardegna, con sede legale in Sassari Via E. Costa 57, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di assegnazione di incarico a tempo indeterminato attivata su Sua istanza.

Per le finalità espresse nella presente informativa, saranno trattati solo dati personali e dati particolari, come meglio specificato, per ottemperare agli obblighi contrattuali e normativi, nell'ambito della procedura di assegnazione di incarico a tempo indeterminato, oltre che per ottemperare ad eventuali norme nazionali o dell'Unione Europea che dovessero impattare sulla gestione di tale procedura.

Finalità del trattamento: le finalità del trattamento sono l'esecuzione dell'ACN di settore vigente e delle normative connesse al rapporto di lavoro.

La base giuridica del trattamento si può individuare negli obblighi contrattuali e più in generale, in tutte le norme che impattano sul rapporto di lavoro (*art. 6 lett. b, c per quanto concerne i dati personali e art.9 lett. b per quanto riguarda i dati particolari*).

Conservazione: i dati forniti saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e successivamente, per il tempo previsto dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti applicabili. Il trattamento è effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza indicate dal Regolamento EU/2016/679 e dal D.lgs 196/2003 e ss.mm.ii. I dati verranno conservati nell'ottica della massima tutela della riservatezza e dell'integrità dei medesimi, non solo nella fase di conservazione, ma anche durante le fasi di trattamento.

Il mancato conferimento dei Suoi dati per la presente finalità ha come conseguenza l'impossibilità di assegnazione di incarico a tempo indeterminato.

Diffusione: i dati non saranno diffusi.

Destinatari: i dati forniti saranno trattati esclusivamente da persone autorizzate al trattamento ed opportunamente istruite. I dati potranno altresì essere comunicati a Enti Pubblici, Inps, Inail, Forze di Polizia o altri Soggetti Pubblici e Privati, ma esclusivamente al fine di adempiere ad obblighi contrattuali, di legge, regolamento o normativa comunitaria. L'elenco aggiornato con gli estremi identificativi di tutti i Responsabili del Trattamento, potrà essere da Lei richiesto in qualunque momento al Titolare, che provvederà immediatamente a renderlo disponibile.

Diritti dell'interessato: Artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 del Regolamento EU/2016/679 (GDPR).

Lei può esercitare nei confronti del Titolare del trattamento i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del GDPR e, segnatamente, il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica, di cancellazione "diritto all'oblio", di limitazione di trattamento, di portabilità dei dati e di opposizione in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che La riguardano.

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora, oppure nel luogo ove si è verificata la presunta violazione.

Inoltre Lei può richiedere di conoscere gli estremi identificativi degli amministratori di sistema nominati e dei gestionali all'interno dei quali sono presenti i dati di Sua competenza.

Lei potrà esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare, anche tramite mail, all'indirizzo medicinaconvenzionata.nuoro@aressardegna.it.

La S.V. potrà, ai sensi dell'art. 14 lett. b del Regolamento EU/2016/679, rivolgersi, altresì, al Responsabile della Protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo ssd.dpo@atssardegna.it e ssd.dpo@pec.atssardegna.it per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 01.01.2020.

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di concessione benefici L.104/92 ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative legate alle normative che regolano la fruizione dei relativi benefici .

Luogo, data _____ firma _____

Il titolare del trattamento ATS SARDEGNA