

Alla ARES Sardegna

A mezzo PEC:

spea.medconvenzionata.aslcagliari@pec.aresardegna.it

OGGETTO: disponibilità incarico a tempo indeterminato pubblicato il _____ ° Trimestre anno _____

Branca di _____ **sede** _____ **ore settimanali** _____

Il/La sottoscritt _____, nat_ a _____ il _____,

PEC _____ email _____ Cellulare: _____

Dichiara di essere

ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

Laureat_ in _____ presso _____ in data _____,

Specializzat_ in _____ presso _____ in data _____,

Iscritt_ all'Albo professionale dei _____ in data _____ abilitat_ all'esercizio

della professione di _____ con annotazione della specializzazione in _____

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

A tempo indeterminato con anzianità di servizio riconosciuta dal _____ (delibera n. _____ del _____)

A tempo indeterminato (in data successiva al 15/11/2005) con anzianità d'incarico annuale dal _____ trasformato a tempo indeterminato in data _____ con delibera n. _____ del _____ presso la ASL di _____;

Di essere stato valutato dalla apposita Commissione tecnica per la medesima particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso: (precisare) _____ come risulta dalla Delibera n° _____ del _____ della ASL _____;

Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso di Pubblicazione incarichi a tempo indeterminato - art. 20 c. 3 ACN 31.03.2020 e ss.mm.ii. per il 4° trimestre 2022: (precisare) _____ come risulta da certificazioni allegate (utilizzare modulo dichiarativo predisposto);

CHIEDE

che gli/le venga assegnato l'incarico in oggetto **in quanto titolare di incarico ai sensi dell'art. 21, c. 2, dell'A.C.N. 31.03.2020 e ss.mm.ii. (vedere legenda), (BARRARE UNA SOLA OPZIONE):**

lettera a)

lettera b)

lettera c)

lettera d) (solo per i medici specialisti e Odontoiatri)

lettera e) (solo per i medici specialisti e Odontoiatri)

lettera f)

lettera g)

secondo il seguente ordine indicativo di scelta, non vincolante:

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

Attualmente è titolare a tempo indeterminato di:

a) n° _____ ore d'incarico ambulatoriale **nell'ambito zonale del Comitato Consultivo di Cagliari:**

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

b) n° _____ ore d'incarico ambulatoriale **in altro ambito zonale** (indicare) _____:

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

c) Altro:

Allega fotocopia del documento d'identità.

DATA _____ **FIRMA** _____

**MODULO DICHIARATIVO
PARTICOLARI COMPETENZE**

I sottoscritt _____, nat. il ___/___/___ a _____,
residente in Via/P.zza _____, n° _____, Città _____,
tel./cell. _____, PEC _____,
e-mail _____,

Dichiara

ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso di Pubblicazione incarichi a tempo indeterminato - art. 20 c. 3 ACN 31.03.2020 e ss.mm.ii. per il 4° trimestre 2022: (precisare) _____;

presso la sede di _____ ASL n. _____;

presso la sede di _____ ASL n. _____;

presso la sede di _____ ASL n. _____;

E di allegare n. _____ certificazioni a firma del Responsabile del Poliambulatorio / Distretto / Direzione Sanitaria, attestanti lo svolgimento dei sopracitati compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nel sopracitato Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso.

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 19 e 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.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Luogo, data _____

Firma _____

Legenda:

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

- a) **Titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale** nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; **titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN** ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio;
- b) **Titolare di incarico a tempo indeterminato**, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo **in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante**; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'art. 51;
- c) **Titolare di incarico** a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, **che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità** (solo per i medici specialisti e odontoiatri);
- d) **Specialista titolare di incarichi in branche diverse** e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, **il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico**;
- e) **Specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato** che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo **e chiede il passaggio in altra branca** della quale è in possesso del titolo di specializzazione (solo per i medici specialisti);
- f) **Titolare di incarico a tempo indeterminato** nello stesso ambito zonale **che svolga altra attività compatibile** e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1;
- g) **Titolare di incarico** a tempo indeterminato presso il **Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo)**;

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 sc.medicinaconvenzionata@ressardegna.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 carlo.porcu@ressardegna.it per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 01.01.2022.

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione della procedura di assegnazione di incarico a tempo indeterminato ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative.

Luogo, data _____ firma _____

Il titolare del trattamento ARES SARDEGNA