

**Alla ARES Sardegna**

A mezzo PEC:

[spea.medconvenzionata.aslcaagliari@pec.aressardegna.it](mailto:spea.medconvenzionata.aslcaagliari@pec.aressardegna.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

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

**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/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 h)**

**lettera i)**

**lettera j)**

secondo il seguente ordine indicativo di scelta, non vincolante:

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

**A tal fine dichiara  
(compilare SOLO il riquadro relativo alla propria condizione sopra indicata)**

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

- di essere iscritto nella Graduatoria dell'ambito zonale del **Comitato Consultivo di Cagliari** di cui all'art. 19 c. 10 dell'A.C.N. 2020 e ss.mm.ii. nella branca di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_ (graduatoria in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda di disponibilità);
- di essere iscritto nella Graduatoria dell'ambito zonale del **Comitato Consultivo di Cagliari** di cui all'art. 19 c. 12 dell'A.C.N. 2020 e ss.mm.ii. 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): dichiara di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN 2020 e ss.mm.ii.: (barrare)**

- cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- iscrizione all'Albo professionale;
- diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2.

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

- medico di medicina generale, \_\_\_\_\_ (indicare equivalente ore di servizio)
- medico pediatra di libera scelta, \_\_\_\_\_ (indicare equivalente ore di servizio)
- medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_  tempo pieno  part-time \_\_\_\_\_ (indicare ore)
- con anzianità di servizio riconosciuta dal \_\_\_\_\_ (delibera n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_).
- Dichiaro espressamente la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro

- Di essere stato/a valutato/a 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: (precisare) \_\_\_\_\_ come risulta da certificazioni allegate (utilizzare modulo dichiarativo predisposto);

**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.

**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) \_\_\_\_\_ come risulta da certificazioni **allegate** (utilizzare modulo dichiarativo predisposto);

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 \_\_\_\_\_

## 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](mailto: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](mailto: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