



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
AL COMPLETAMENTO ORARIO SPECIALISTI AMBULATORIALI ASL NUORO
ACN per la Specialistica ambulatoriale 31.03.2020 – Art. 30 c. 1

S.C. Medicina Convenzionata ARES Sardegna
ASL n. 3 di Nuoro
medconvenzionata.aslnuoro@pec.aressardegna.it

Con riferimento all'Avviso di Completamento Orario ASL n. 3 di Nuoro pubblicato in data 23.03.2023 all'assegnazione di ore a tempo indeterminato, al fine di raggiungere il massimale orario pari a 38 ore settimanali, anche mediante frazionamento (ex art. 20c. 1 ACN 2020 e ss.mm.) turni di specialistica ambulatoriale nella Branchia di:

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

- Specialista ambulatoriale ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, che disciplina i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali nella Branchia di _____
- Con anzianità d'incarico a tempo indeterminato dal _____ Delibera n. _____ del _____ per la sede di _____ (indicare **OBBLIGATORIAMENTE** data e sede primo incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato ed estremi dell'atto).

DICHIARA

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

- di possedere il diploma di laurea della classe corrispondente in:
_____ (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia) conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/___ (gg/mm/aaaa);
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
 - in _____ conseguita il ___/___/___ (gg/mm/aa) presso l'Università di _____;
 - in _____ conseguita il ___/___/___ (gg/mm/aa) presso l'Università di _____;



COMPLETAMENTO ORARIO SPECIALISTI AMBULATORIALI ASL n. 3 NUORO

DICHIARA

la disponibilità all'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato, per completamento orario ai sensi dell'art. 20 c. 1 ACN 2020 e ss.mm., indicando il numero delle ore richieste e gli orari di espletamento:

DISTRETTO	BRANCA	SEDE POLIAMB	N. ORE SETT	GIORNO	ORARIO

DICHIARA

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

Quali Requisiti Specifici di Accesso/Criteri di Priorità alla procedura di completamento orario ai sensi dell'art. 20 c. 1 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii.:

- Di essere Specialista Ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____, presso la ASL n. 3 Nuoro;
- Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata presso la Asl n. 3 di Nuoro e anche presso altre Aziende, che, ancorché sommati ad altra attività compatibile, non raggiungano il massimale orario consentito di n. 38 ore settimanali pari a n° _____ ore settimanali complessive (non massimalista);
- Di essere iscritto/a all'Albo dei Medici e Chirurghi di _____ e non essere sottoposto/a a sospensione dall'Albo stesso; che l'anzianità di incarico a tempo indeterminato decorre dal _____ Delibera n. _____ del ___ della ASL _____;

DICHIARA, INOLTRE, relativamente al possesso delle particolari capacità professionali richieste, nello specifico: _____,

DICHIARA

di essere stato valutato da apposita Commissione preposta, per le medesime particolari capacità professionali, come risulta da Delibera di conferimento di incarico n. _____ del _____

OVVERO

Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso (precisare) _____; come risulta da certificazioni allegate (Compilare

Mod. 1).



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.

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 _____



Mod.1

<p>Il sottoscritt _____, nat. il __/__/__ a _____, residente in Via/P.zza _____, n° __, Città _____, tel./cell. _____, PEC _____, e-mail _____,</p>

Dichiara

i 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 richiesta nell'Avviso: _____
_____ 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 nell'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 ARES Sardegna, con sede legale in Selargius Via Piero della Francesca, 1, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di mobilità intraaziendale ai sensi dell'ACN Specialistica Ambulatoriale di settore.

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 mobilità intraaziendale di Specialistica Ambulatoriale, oltre che per ottemperare ad eventuali norme nazionali o dell'Unione Europea che dovessero impattare sulla gestione di tale istituto.

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 accogliere la domanda di mobilità intraaziendale di Specialistica Ambulatoriale presentata.

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 ssd.dpo@atssardegna.it e ssd.dpo@pec.atsardegna.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 del procedimento di mobilità intraaziendale ai sensi dell'ACN di Specialistica Ambulatoriale di settore vigente ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative legate alle normative che regolano la gestione giuridica del rapporto di lavoro in argomento.

Luogo, data _____

Firma _____

Il titolare del trattamento ARES Sardegna