

S.C. Medicina Convenzionata ARES Sardegna
medconvenzionata.aslogliastra@pec.aressardegna.it

Con Riferimento all'Avviso pubblicato in data _____ relativo alla procedura di assegnazione di incarico per Completamento Orario nella Branchia di _____

Il sottoscritto/a _____, nat. il ____/____/____ a _____
, residente in Via/P.zza _____, n° _____, Città _____,
tel./cell. _____, PEC _____ e-mail _____

DICHIARA

Di voler partecipare all'assegnazione dei turni disponibili nella Branchia indicata e pubblicati in data _____ ai sensi dell'art. 20 c. 1 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii. (completamento orario pari a 38 ore sett.li) e di seguito indicati:

n. ore settimanali _____ c/o la Sede _____

n. ore settimanali _____ c/o la Sede _____

n. ore settimanali _____ c/o la Sede _____

a tal fine

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 consapevole delle sanzioni penali in cui incorrerà nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000.

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 Specialistica Ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato nella Branchia di _____ presso la ASL Ogliastra;
- Di essere Specialistica Ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato nella Branchia di _____ presso altre Aziende:

sede ASL di	Ore settimanali svolte	Giorno

- Che l'anzianità di servizio a tempo indeterminato decorre dal _____ Delibera n° _____ del _____ ASL _____;
- Di avere conseguito il titolo di Specializzazione in: _____ in data ____/____/____ presso l'Università di _____;

- Di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ e di essere regolarmente iscritto all'ALBO professionale di _____, al n. _____ con anzianità _____;
- Di non essere stato sospeso dall'Albo; se sì eventuali motivi _____;

Dichiarazione resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 consapevole delle sanzioni penali in cui incorrerà nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Allego fotocopia del documento di identità in corso di validità

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 completamento orario 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 completamento orario 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 completamento orario 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 email, all'indirizzo sc.medicinaconvenzionata@aresardegna.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@aressardegna.it per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 01.01.2023 .

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento conferimento di incarico a tempo indeterminato.

Luogo, data _____ firma _____

Il titolare del trattamento ARES Sardegna