

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente in _____
Via/Piazza _____
n° _____ iscritto all'Albo dei _____ della
Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di Pediatria di Libera Scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte.

Periodo: dal _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

4) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

5) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione: _____ Azienda _____

Ore settimanali _____.

6) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

7) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

8) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

9) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

10) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

12) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

13) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

14) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

Soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

15) di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____

_____);

16) di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale _____ di _____.

In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di

sospensione dall'Albo): _____

_____;

17) di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti. In caso affermativo, specificare: _____

_____;

NOTE: _____

Data _____

Firma per esteso _____

Si allega documento di identità valido

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

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 attribuzione di incarico a tempo indeterminato** ai sensi dell'ACN di settore, 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 attribuzione di incarico a tempo indeterminato**, 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 attribuire l'**incarico a tempo indeterminato** per cui ha presentato domanda.

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@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 rpct@aressardegna.it per tutte le questioni attinenti al trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 13.11.2023

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di attribuzione di incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'ACN di Pediatria di Libera Scelta 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