

**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 assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_**  
Azienda \_\_\_\_\_

**3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte.**  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

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

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

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

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:**

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione \_\_\_\_\_ o in altra regione (2):**

Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

**8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:**

Denominazione del corso \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

**9)** operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**10)** 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 \_\_\_\_\_

**11)** svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**12)** 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 \_\_\_\_\_

**13)** avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2) \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**14)** essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale: \_\_\_\_\_

**15)** 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 \_\_\_\_\_

**16)** 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 scrivere: nessuna)

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:**  
(1)(2) Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
ore sett. \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

**18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (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, 7):**

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

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

Periodo: dal \_\_\_\_\_

**20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_**

Pensionato dal \_\_\_\_\_

**21) 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 \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_);

**22) 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): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

**23) 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 determinato** 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 determinato**, 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 determinato** 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](mailto: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](mailto: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 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