

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
Residente _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____
domiciliato in _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____ PEC _____

DICHIARA

di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____
il _____ iscritto all'ordine dei Medici di _____ con decorrenza dal _____
al n. _____ MATRICOLA n. _____ regime fiscale _____
CODICE FISCALE _____ Cod. ENPAM n° _____

Chiede di ricevere i compensi spettanti tramite:

Accreditamento su _____ Agenzia di _____
IBAN _____;

Per quanto sopra, dichiara sotto la propria responsabilità, di utilizzare l'automezzo:

Targa _____ Tipo _____
regolarmente assicurato presso la società di Assicurazione _____ con la tassa di proprietà
regolarmente assolta per l'anno in corso.

Si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Azienda di qualsiasi variazione per quanto sopra indicato. I dati
forniti dall'utente verranno trattati dall'Amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al
raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della legge 675/96 e successive modifiche.

Luogo, data _____

Firma _____

INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____
ai sensi e agli effetti dell'art. 4 legge 4 gennaio 1968 n° 15 dichiara formalmente di:

- 1) ☐ essere ☐ non essere 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: Soggetto _____ ore settimanali _____ Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____; Periodo: dal _____;
- 2) ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico come Medico di Assistenza primaria a Ruolo unico ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente con massimale di n. _____ scelte, con n. _____ scelte in carico e con n. ore _____ con riferimento al riepilogo mensile del _____
- 3) ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico come Medico di Assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;
- 4) ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico di medico di Assistenza primaria a rapporto orario o Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
- 5) ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico come Pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta vigente con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;
- 6) ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato come Specialista ambulatoriale convenzionato interno: Azienda _____ branca _____ ore sett. _____;
- 7) ☐ essere ☐ non essere iscritto negli elenchi dei medici Specialisti convenzionati esterni: Provincia di _____ branca _____ Periodo: dal _____;
- 8) ☐ avere ☐ non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.Lgs. n. 502/92: Azienda _____ Tipo di attività _____ Periodo: dal _____;
- 9) ☐ essere ☐ non essere iscritto al corso di formazione in Medicina Generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o al corso di Specializzazione di cui al D.Lgs n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs n. 368/99: Denominazione del corso _____ Soggetto pubblico che lo svolge _____ Inizio: dal _____;
- 10) ☐ operare ☐ non operare 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.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni; Organismo _____ ore sett. _____, Via _____ Comune di _____ Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____;
- 11) ☐ operare ☐ non operare 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: Organismo _____ ore sett. _____ Via _____

SC Medicina Convenzionata

Direttore
Dott.ssa Luciana Pinna
Selargius, via Piero della Francesca, 1
sc.medicinaconvenzionata@aressardegna.it

SC Medicina Convenzionata

(Oristano Via Carducci 41- 3° piano
medconvenzionata.asloristano@pec.aressardegna.it;
medicinaconvenzionata.oristano@aressardegna.it;
tel. 0783/317758 – 7867
orario di reperibilità telefonica: 10.30/12.30)

Comune di _____ Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

12) [] svolgere [] non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: Azienda _____ ore sett. ____ Via _____
Comune di _____ Periodo: dal _____;

13) [] svolgere [] non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale nel quale può acquisire scelte Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale nel quale può acquisire scelte: Azienda _____ Comune di _____ Periodo: dal _____;

14) [] avere [] non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: _____ periodo dal _____;

15) [] essere [] non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o [] esercitare [] non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il SSN: _____;

16) [] fruire [] non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto Ministeriale 14/10/1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. Periodo: dal _____;

17) [] svolgere [] non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti): _____
Periodo: dal _____;

18) [] essere [] non essere titolare di incarico nella Medicina Penitenziaria [] a tempo indeterminato [] a tempo determinato: Azienda _____ Comune _____ ore sett. ____ Tipo di attività _____ Periodo: dal _____;

19) [] operare [] non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in Medicina Generale e/o Pediatria 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 _____;

20) [] essere [] non essere titolare di trattamento di pensione a: _____ Periodo: dal _____;

21) [] fruire [] non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: soggetto erogante il trattamento pensionistico _____ Pensionato dal _____;

22) [] avere [] non avere 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, la data e la durata) _____;

23) [] essere [] non essere 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) _____;

24) [] avere [] non avere riportato condanne penali. In caso affermativo, specificare:

_____;

SC Medicina Convenzionata

Direttore
Dott.ssa Luciana Pinna
Selargius, via Piero della Francesca, 1
sc.medicinaconvenzionata@aressardegna.it

SC Medicina Convenzionata

(Oristano Via Carducci 41- 3° piano
medconvenzionata.asloristano@pec.aressardegna.it;
medicinaconvenzionata.oristano@aressardegna.it;
tel. 0783/317758 – 7867
orario di reperibilità telefonica: 10.30/12.30)

25) [] avere [] non avere procedimenti penali pendenti. In caso affermativo, specificare:

_____;

NOTE

_____;

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Luogo _____

Firma per esteso _____

- Allegare fotocopia fronte retro del documento d'identità in corso di validità.

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, si informa che:

Titolare del trattamento: Azienda regionale della Salute (ARES Sardegna) con sede legale in Selargius Via Piero della Francesca 1 – 0947 Selargius (CA), PEC: protocollo@pec.aressardegna.it – Telefono 070/609.3359. ARES Sardegna garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali, ed allo scopo la informa quanto segue:

Responsabile della protezione dei dati RPD:

Il Responsabile della protezione dei dati ARES è la società Karanoa S.r.l /referente Avv. Giacomo Crovetto 340 0698849) PEC: karanoa@pec.buffetti.it 3345344282.

Finalità del trattamento:

I dati personali comunicati dall'interessato sono trattati dal Titolare del trattamento per:

• **Espletamento per le procedure di conferimento incarichi a tempo determinato medici di Assistenza Primaria ad attività oraria.**

Base giuridica del trattamento:

- Il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento (ART. 6.1, lett. c) Reg. 679/2016);
- Il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento (ART. 6.1, lett. e) Reg. 679/2016);
- Il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'unione o degli Stati membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e preveder misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato (art. 9.2, lett. g) Reg. 679/2016).

Modalità di trattamento dei dati:

I dati personali dell'interessato contenuti nella domanda e nei documenti alla stessa allegati saranno utilizzati esclusivamente ai fini della gestione della procedura di conferimento degli incarichi e per rispondere a specifiche richieste dell'interessato. I dati personali saranno trattati con strumenti manuali, informatici e telematici nell'ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato a mezzo di soggetti espressamente e specificatamente designati e formati in qualità di designati/autorizzati o, eventualmente, anche quali responsabili ex art. 28 Reg. UE operativi agli stessi attribuiti in relazione alle funzioni svolte.

Categoria dati trattati:

I dati oggetto di trattamento sono quelli forniti così come richiesto nell'avviso per il conferimento dell'incarico. In particolare i dati comuni relativi all' identificazione, titoli di studio ed iscrizione all'albo, anzianità di servizio, curriculum formativo, professionale ed altri dati come meglio richiesti dal bando nonché i dati sensibili e giudiziari di cui agli artt. 9 e 10 del Reg.UE 679/2016 ed altri dati comuni o particolari volontariamente forniti ed attinenti alle finalità perseguite.

SC Medicina Convenzionata

Direttore
Dott.ssa Luciana Pinna
Selargius, via Piero della Francesca,1
sc.medicinaconvenzionata@aressardegna.it

SC Medicina Convenzionata

(Oristano Via Carducci 41- 3° piano
medconvenzionata.asloristano@pec.aressardegna.it;
medicinaconvenzionata.oristano@aressardegna.it;
tel. 0783/317758 – 7867
orario di reperibilità telefonica: 10.30/12.30)

Il conferimento dei dati personali oggetto della presente informativa risulta essere necessario al fine di poter partecipare all'avviso di pubblica selezione. Nell'eventualità in cui tali dati non venissero correttamente forniti non sarà possibile dare corso alla partecipazione alla procedura selettiva prevista dal relativo avviso.

Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali. Per l'espletamento delle finalità sopra specificate, infatti, i dati potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati) in forma cartacea o informatica a soggetti anche esterni a Pubbliche Amministrazioni, a soggetti incaricati dall'ARES.

I dati personali dell'Interessato, nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati a soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva.

Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati ad ulteriori soggetti terzi non espressamente indicati.

I dati non saranno soggetti a diffusione (con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati), salvo che per la pubblicazione obbligatoria prevista per legge da inserire nella sezione "Albo pretorio on line" e "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale dell'ARES.

Sarà cura del titolare usare idonei mezzi per minimizzare i dati oggetto di pubblicazione.

La informo che i suoi dati non saranno trasmessi fuori dai paesi UE senza il suo preventivo consenso. Diffusione: i dati non saranno diffusi. Criteri utilizzati al fine di determinare il periodo di conservazione:

L'ARES dichiara che i dati personali dell'Interessato oggetto del trattamento saranno conservati per: Avvisi interni, domande dei candidati e relativi provvedimenti conferimento, allegati, verbali, elaborati, provvedimenti di esclusione, graduatoria finale ecc. TEMPO DI CONSERVAZIONE: ILLIMITATO così come stabilito dal Regolamento e del Prontuario di Selezione e Scarto per gli archivi vigente (Deliberazione n. 172 del 30/12/2020 ATS Sardegna) rinvenibile al seguente link:

<https://www.atssardegna.it/index.php?xsl=115&s=59163&v=2&c=4964&na=1>.

Diritti dell'Interessato

Potranno essere esercitare i diritti specificati negli articoli da 15 a 22 del Reg. UE 2016/679, ovverosia:

- Diritto di accesso ai dati personali ovvero a conoscere se sia o meno in corso il trattamento dei dati, per quali finalità e per quali tipologie di dati nonché i destinatari ed il tempo di conservazione dei medesimi o i criteri con cui tale tempo è determinato e, infine, se i Suoi dati sono destinati ad essere comunicati a paesi terzi ovvero organizzazioni internazionali (art.15);
 - Diritto alla rettifica ovvero il diritto ad ottenere, senza ingiustificato ritardo, dal titolare la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione dei dati incompleti (art.16);
 - Diritto alla cancellazione ovvero il diritto di ottenere dal Titolare la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo per i motivi di cui alla relativa disposizione del Reg.UE 2016/679 ivi specificamente inclusa la possibilità di revoca del consenso (art.17)
 - Diritto di limitazione del trattamento in caso di contestazione dell'esattezza dei dati, opposizione al trattamento di essi in caso di trattamento illecito, utilizzo per fini di esercizio di diritti in sede giudiziaria e contestuale non necessità per il trattamento da parte del titolare ed, infine, nelle more della verifica sulla prevalenza degli interessi legittimi del titolare rispetto a quelli dell'interessato (art. 18);
 - Diritto alla portabilità dei dati ovvero il diritto di ricevere in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico su cui trasferirli verso altro titolare nel caso in cui il trattamento avvenga sulla base del consenso ovvero sia eseguito con mezzi automatizzati (art.20);
 - Diritto di opposizione al trattamento nei casi previsti dall'articolo di riferimento del Reg. UE 2016/679 (art. 21).
- Per esercitare i diritti sopra riportati, sarà necessario rivolgere richiesta scritta indirizzata al Titolare o al Responsabile della Protezione Dati ai recapiti sopra indicati.

Diritto di presentare reclamo (art. 13.2, lett. d) Reg. 679/2016)

Qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati possa violare le normative specifiche di riferimento europee e nazionali, potrà esercitare il proprio diritto di inoltrare reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali – Piazza Venezia n.11 – 00187 – ROMA (protocollo@pec.gdgd.it) così come previsto dall'art.77 del Reg. UE 2016/679 ovvero adire le competenti Autorità giudiziarie così come previsto dall'art. 79 del medesimo Regolamento.

Richiesta di ulteriori informazioni

Le eventuali richieste di ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei dati potranno essere inoltrate a ARES Sardegna ovvero al Responsabile della Protezione Dati Karanoa S.r.l. ai recapiti sopra indicati.

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di attribuzione di incarico a tempo **determinato**, ai sensi dell'ACN dei medici di Medicina Generale 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