

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa (cognome) _____
(nome) _____ nato/a a _____ (prov.) _____
il _____ residente nel Comune di _____
(prov. _____) in Via _____ n° _____ Cap. _____
Tel. _____ Cell. _____ PEC _____
Mail _____;
cittadinanza _____ Codice Fiscale _____;

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

di essere Titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca specialistica di _____
con anzianità giuridica dal giorno _____ e per numero _____ ore settimanali totali di
incarico ai sensi dell'ACN di settore vigente e di svolgere l'attività nelle Aziende e nei presidi sotto indicati
(ASL – INAIL ecc) :

Denominazione ente

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare
giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare
giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare
giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare
giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare
giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

Denominazione ente _____

Poliambulatorio/Sede _____ Orario settimanale (indicare
giornate e orari) : _____

Ore settimanali complessive nella sede sopra dichiarata: n. _____

Dichiara **di svolgere/non svolgere** il suddetto incarico da più di 18 mesi (cancellare la parte che non interessa);

DICHIARA ancora:

- 1) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 2) di essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 30 Dicembre 1992, n. 502/92 e ss.mm.ii.;
- 3) di esercitare / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 4) di essere / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 5) di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- 6) di svolgere / non svolgere (1)attività pediatra di libera scelta;
- 7) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- 8) di esercitare / non esercitare (1) la professione medica / sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività_____);
- 9) di svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- 10) di fruire / non fruire(1)del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto15 ottobre1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 11) di operare / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività_____);
- 12) di essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8, comma 5, del D. Lgs. 30 dicembre1992, n.502 e ss.mm.ii.;
- 13) di essere / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D. Lgs.17 agosto 1999 n.368 e ss.mm.ii.;
- 14) di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
- 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:_____;
- 18) di percepire / non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta_____ e la misura dell'indennità percepita _____).

NOTE(2)

Data _____

Firma per esteso _____

Si allega documento di identità valido

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali ATS Sardegna, con sede legale in Sassari Via E. Costa 57, in qualità di Titolare del trattamento, si informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di attribuzione di incarico a tempo indeterminato 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 dell'attribuzione di incarico a tempo indeterminato 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 attribuire l'incarico a tempo indeterminato di Specialistica Ambulatoriale.

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 medconvenzionata.oristano@pec.atssardegna.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.atssardegna.it per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 01.01.2020.

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