

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL COMPLETAMENTO ORARIO - ASL N. 5 DI ORISTANO
SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI
Ai sensi dell'art. 20 c.1 ACN 2020 e ss.mm.ii.**

BRANCA _____

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 _____;

In riferimento all'avviso pubblicato in data 01/12/2022 relativo alla procedura di assegnazione incarico per completamento orario, al fine di raggiungere il massimale orario pari a 38/ ore settimanali, anche mediante frazionamento dei turni

DICHIARA

la disponibilità all'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato, per completamento orario ai sensi dell'art. 20 c. 1 ACN 2020 e ss.mm.ii., indicando il numero delle ore richieste e gli orari di espletamento:

SEDE	DISTRETTO	BRANCA	N. ORE SETT.	GIORNATA	TURNO

N.B.: la disponibilità all'incarico in oggetto dovrà rispettare i giorni e gli orari indicati dall'Avviso di completamento orario sopra citato, pena decadenza dalla presente procedura.

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.
(COMPILARE TUTTI I CAMPI RICHIESTI)

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.:

- Essere Specialista Ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____, presso la ASL n. 5 di Oristano;

- Essere Specialista Ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____ anche presso le seguenti Aziende (indicare Azienda e numero ore di incarico) _____

- che l'anzianità di incarico a tempo indeterminato decorre dal _____ Delibera n. _____ del ____ della Azienda _____;

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
 - in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____ (gg/mm/aaaa);
 - in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____ (gg/mm/aaaa);

- di essere iscritto/a all'Albo professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal ____/____/____ (gg/mm/aaaa);

- di non essere sospeso dall'Albo, ovvero, - di essere sospeso dall'Albo con la seguente motivazione:

_____;

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allega fotocopia del documento d'identità.

Luogo, 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 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, Lei 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.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@aresardegna.it per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati. La presente informativa è stata redatta in data 01.01.2022

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