

Oggetto: **Disponibilità ore Medicina Specialistica Ambulatoriale per Completamento Orario ai sensi dell'art. 20, C. 1 e 2 ACN 31.03.2020 e s.m.i.**

**BRANCA DI** \_\_\_\_\_.

l sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Città \_\_\_\_\_,  
tel./cell. \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_  
*e-mail* \_\_\_\_\_, Specialista ambulatoriale ai sensi dell'ACN nella  
Branca di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'assegnazione dei turni disponibili nella Branca indicata in oggetto pubblicati in data \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 20 dell'ACN 31.03.2020 (completamento orario pari a 38 ore sett.li) e di seguito indicati.

n. ore settimanali \_\_\_\_\_ c/o la Sede \_\_\_\_\_

n. ore settimanali \_\_\_\_\_ c/o la Sede \_\_\_\_\_

n. ore settimanali \_\_\_\_\_ c/o la Sede \_\_\_\_\_

a tal fine

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 consapevole delle sanzioni penali in cui incorrerà nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000:

Di avere conseguito il titolo di studio: Diploma di laurea \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_, presso l'Università di \_\_\_\_\_;

Di avere conseguito il titolo di Specializzazione in: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_;

Di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ e di essere regolarmente iscritto all'ALBO professionale di \_\_\_\_\_, al n. \_\_\_\_\_ con anzianità \_\_\_\_\_.

Di essere titolare di un incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato nella Branca Specialistica di \_\_\_\_\_ con anzianità d'incarico tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_ con un totale di ore sett.li pari a n° \_\_\_\_\_ svolte nelle sedi indicate:

ASL	dal	al	n. totale ore sett.li

**DICHIARA inoltre di :**

- a) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- b) 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 successive modificazioni e integrazioni;
- c) di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- d) di essere/ non essere (1) titolare o partecipante 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;
- e) di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- f) di svolgere/non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;
- g) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- h) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- i) 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 \_\_\_\_\_);
- j) di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- k) di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- l) 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 \_\_\_\_\_);
- m) 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 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- n) 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 successive modifiche ed integrazioni;

- o) di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
- p) 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 \_\_\_\_\_);
- q) di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale de \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;
- r) di avere/non avere (1) riportato condanne penali.  
In caso affermativo, specificare \_\_\_\_\_;
- s) di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti.
- t) In caso affermativo, specificare \_\_\_\_\_;
- u) 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

---

Legenda:

(1) cancellare la parte che non interessa

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

**Con la presente si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2003**

**N.B.**

La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

Ai sensi e per gli effetti della L 12 novembre 2011, n. 183 agli uffici pubblici è vietato rilasciare certificati contenenti fatti, stati e qualità personali da esibire ad altre pubbliche amministrazioni o a privati gestori di pubblico servizio.

## 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, La informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di conferimento di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni veterinari ed altre professionalità sanitarie, vigente, 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, oltre che per ottemperare ad eventuali norme nazionali o dell'Unione Europea che dovessero impattare sulla procedura sopracitata.

**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 ai sensi dell'ACN 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni veterinari ed altre professionalità sanitarie, vigente.

**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@atssardegna.it](mailto:sc.medicinaconvenzionata@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](mailto:ssd.dpo@atssardegna.it) e [ssd.dpo@pec.atssardegna.it](mailto: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 conferimento di incarico a tempo indeterminato.

Luogo, data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Il titolare del trattamento \_\_\_\_\_