

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLE PROCEDURE DI**MOBILITÀ INTRAZIENDALE SPECIALISTI AMBULATORIALI ASL 4 OGLIASTRA**
ACN per la Specialistica ambulatoriale 31.03.2020 e ss.mm.ii. – Art. 30 c. 6
Regolamento per la mobilità intraziendale approvato con Delibera n. 566 del 13.07.2021
E
COMPLETAMENTO ORARIO SPECIALISTI AMBULATORIALI ASL 4 OGLIASTRA
ACN per la Specialistica ambulatoriale 31.03.2020 e ss.mm.ii. – Art. 20 c.1

S.C. Medicina Convenzionata ARES Sardegna
medconvenzionata.aslogliastra@pec.aressardegna.it

Con riferimento all'Avviso di Mobilità Intraziendale e di Completamento Orario - ASL Ogliastro, pubblicato in data 11.12.2023, relativo alla messa in mobilità (ex art. 30 c. 6 ACN 2020 e ss.mm.ii.) di incarichi di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato e, qualora vacanti per mancanza di richieste di mobilità, all'assegnazione per completamento orario (ex art. 20 c. 1 ACN 2020 e ss.mm.ii.) al fine di raggiungere il massimale orario pari a 38 ore settimanali, anche mediante frazionamento.

Il sottoscritt _____, nat_ il ____/____/____ a _____,
residente in Via/P.zza _____, n° ____, Città _____,
tel./cell. _____, PEC _____,
e-mail _____,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

☐ di possedere il diploma di laurea della classe corrispondente in _____
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia – chimica -
psicologia) conseguita presso l'Università di _____
in data ____/____/____ (gg/mm/aaaa);

☐ di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
- in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aa)
presso l'Università di _____
- in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aa)
presso l'Università di _____

Luogo, data _____

Firma _____

MOBILITÀ INTRAZIENDALE SPECIALISTI AMBULATORIALI ASL OGLIASTRA
di cui all'Avviso in data 11.12.2023**MANIFESTA L'INTERESSE AL TRASFERIMENTO**

di n° ore sett. ____ presso la sede ASL Ogliastro di _____ il giorno ____ orario ____

di n° ore sett. ____ presso la sede ASL Ogliastro di _____ il giorno ____ orario ____

di n° ore sett. ____ presso la sede ASL Ogliastro di _____ il giorno ____ orario ____

di n° ore sett. ____ presso la sede ASL Ogliastro di _____ il giorno ____ orario ____

E CONTESTUALMENTE CHIEDE
di lasciare le ore d'incarico svolte attualmente

presso la sede ASL Ogliastro di _____ per n° ore settimanali pari a ____

presso la sede ASL Ogliastro di _____ per n° ore settimanali pari a ____

presso la sede ASL Ogliastro di _____ per n° ore settimanali pari a ____

presso la sede ASL Ogliastro di _____ per n° ore settimanali pari a ____

A tal fine,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

Quali Requisiti Specifici di Accesso/Criteri di Priorità alla procedura di mobilità intraziendale ai sensi dell'art. 30 c. 6 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii.:

- ☐ Di essere titolare di un incarico di Specialistica ambulatoriale interna a tempo indeterminato presso la ASL Ogliastro nella Branca di _____;
- ☐ che l'anzianità di incarico a tempo indeterminato decorre dal _____ Delibera n. _____ del ____ della ASL _____;
- ☐ Di aver svolto almeno 18 (diciotto) mesi di servizio nella sede/sedi di provenienza, sita/e nella ASL Ogliastro, che si chiede di trasferire ad altra sede, sempre nell'ambito della ASL Ogliastro;
- ☐ Essere iscritto all'Albo dei Medici e Chirurghi di _____ e non essere sottoposto a sospensione dall'Albo stesso;

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.

Luogo, data _____

Firma _____

**COMPLETAMENTO ORARIO SPECIALISTI AMBULATORIALI ASL Ogliastra
di cui all'Avviso in data 11.12.2023**

Qualora le ore poste in mobilità, di cui all'Avviso in data 11.12.2023, restassero vacanti per mancanza di richieste,

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., indicando il numero delle ore richieste e gli orari di espletamento:

DISTRETTO	BRANCA	SEDE POLIAMBULATORIO	N. ORE SETTIMANALI	GIORNO	ORARIO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Dichiara, inoltre

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

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.:

- ☐ Di essere Specialista Ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____, presso la ASL Ogliastra;
- ☐ Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata presso la ASL Ogliastra e anche presso altre Aziende, che, ancorché sommati ad altra attività compatibile, non raggiungono il massimale orario consentito di n. 38 ore settimanali pari a n° _____ ore settimanali complessive (non massimalista);
- ☐ che l'anzianità di incarico a tempo indeterminato decorre dal _____ Delibera n. _____ del ____ della ASL _____;
- ☐ Essere iscritto all'Albo dei Medici e Chirurghi di _____ e non essere sottoposto a sospensione dall'Albo stesso;

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.

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 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 mobilità intraaziendale e completamento orario, 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 della procedura di mobilità intraaziendale e completamento orario 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 accogliere la domanda di mobilità intraaziendale e completamento orario di Specialistica Ambulatoriale presentata.

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

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 per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 01.01.2023

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di mobilità intraaziendale e completamento orario, 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