#### DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2020

ART. 17 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA’ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI ) DD. 17.12.2015

**LA PRESENTE DOMANDA E’ VALIDA PER L’INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA**

**Nel caso l’interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l’inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Primo inserimento*** |  |  | ***Aggiornamento*** |

**Marca da bollo**

**€. 16,00**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **AZIENDA PER L’ASSISTENZA SANITARIA N. 5 “FRIULI OCCIDENTALE”** **VIA DELLA CECCHIA CERAMICA, 1****33170 PORDENONE****Sede DEL COMITATO ZONALE DELLA PROVINCIA DI PORDENONE** |
|  |  |  |

***(Si prega di compilare la domanda in stampatello)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_l\_ sottoscritt\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Cognome) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nome) |

**chiede di essere inclus\_\_ nella graduatoria dei:**

*secondo quanto previsto dall’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Medici specialisti ed odontoiatri: branca di*  |  |
|  |  |  |
|  | *Medici veterinari: area* |  |
|  |  |
|  | *Biologi* |
|  |  |
|  | *Chimici* |
|  |  |
|  | *Professionisti psicologi* |
|  |  |
|  | *Professionisti psicoterapeuti* |

A valere per l’anno **2020** relativamente all’ambito zonale di PORDENONE nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tal fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E.MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

ai sensi dell’art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell’art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell’atto di notorietà)

del D.P.R. n. 445/2000

***L’AMMINISTRAZIONE E’ TENUTA AD EFFETTUARE IDONEI CONTROLLI SULLA VERIDICITA’ DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE RESE (ART. 71) CON LE MODALITA’ DI CUI ALL’ART. 43 (ACCERTAMENTO D’UFFICIO)***

 ***(Si prega di compilare la domanda in stampatello)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_l\_ sottoscritt\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Cognome) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nome) |

DICHIARA

# ai sensi e per gli effetti della legge 445/2000 e successive modificazioni

1. □ di essere cittadino italiano

□ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere **nato a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod.Fisc. !\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!
2. di essere **residente** nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(prov.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e.mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di **possedere** il diploma di laurea ovvero di laurea specialistica o magistrale con voto \_\_\_\_\_\_\_\_\_su \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare l’eventuale lode)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe corrispondente in: (barrare la voce che interessa)

medicina e chirurgia ; odontoiatria e protesi dentaria ; medicina veterinaria ; biologia ;chimica ; psicologia .

Conseguito/a presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. di essere **abilitato** all’ esercizio della professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’ Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere iscritto **all’Albo professionale:**

 medici chirurghi o degli odontoiatri ; veterinari ; biologi ; chimici ; psicologi ;

 presso l’Ordine provinciale regionale nazionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni:**

***Per gli psicologi in possesso della specializzazione in psicoterapia riconosciuta ai sensi dell’art. 35 della legge 56/1989 dovranno specificare l’ORDINE Regionale presso il quale è stata riconosciuta ed il Provvedimento (numero e data)***

***Ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. e data del Provvedimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Specializzazione in** | **Data di conseguimento** | **Presso****l’Università/Scuola**  | **Sede di** | **Voto** | **Indicare l’eventuale LODE** |
|  |  |  |  | \_\_\_\_/\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  | \_\_\_\_/\_\_\_\_ |  |

**N.B. indicare sempre:** l’Università/scuola di specializzazione con l’ indirizzo completo e telefono presso la quale si e’ conseguito la specializzazione, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Università/scuola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***IN CASO DI SPECIALIZZAZIONE ESTERA:***

dichiara che la stessa è stata riconosciuta con DM n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere / non essere (1) nella medesima branca specialistica o area in cui opera, titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali
2. di avere / non avere (1) subito **provvedimenti disciplinari** da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall’attuale o dai precedenti Accordi

di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall’Ordine

in caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di aver svolto la seguente **attività professionale** nella branca o area professionale, **come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato –** indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell’anno precedente - (dopo il conseguimento del titolo valido per l’inclusione nella graduatoria) a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, ecc) **che applicano le norme del Vigente Accordo Collettivo Nazionale** o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali succedutesi nel tempo – non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

**N.B. indicare sempre:** la struttura con l’ indirizzo completo e telefono presso la quale si e’ prestato o si presta servizio, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); le date iniziali e finali (gg/mm/aa) dei relativi periodi di attività’ ed il totale complessivo delle ore per ciascun periodo indicato (ore e minuti); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Branca o area professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso ASL (2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(gg/mm/aa) al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(gg/mm/aa) per N. ore:

|  |  |
| --- | --- |
| **Totale complessivo ORE effettivamente svolte nel periodo** | **Totali MINUTI (espressi in sessantesimi)** |
| N.  | N. |

Branca o area professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso ASL (2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(gg/mm/aa) al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(gg/mm/aa) per N. ore:

|  |  |
| --- | --- |
| **Totale complessivo ORE effettivamente svolte nel periodo** | **Totali MINUTI (espressi in sessantesimi)** |
| N.  | N. |

Branca o area professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso ASL (2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(gg/mm/aa) al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(gg/mm/aa) per N. ore:

|  |  |
| --- | --- |
| **Totale complessivo ORE effettivamente svolte nel periodo** | **Totali MINUTI (espressi in sessantesimi)** |
| N.  | N. |

Ulteriori informazioni:

|  |
| --- |
|  |
|  |

***In mancanza di spazio è possibile fotocopiare il presente prospetto o allegare alla domanda una dichiarazione su carta semplice***

***N.B.***

(1) cancellare la parte che non interessa

1. Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del vigente Accordo. Indicare la denominazione, luogo ed indirizzo completo dell’Azienda Sanitaria o Istituzione
2. di essere nella seguente posizione ai sensi dell’art. 25 dell’A.C.N.:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * di essere titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale
 | SI  | NO |
|  |  |
| * di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionale con il SSN ai sensi dell’art. 8 del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni
 | SI | NO |
|  |  |
| * di esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Nazionale o di essere 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
 | SI | NO |
|  |  |
| * di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2
 | SI | NO |
|  |  |
| * di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all’art. 19 e di svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all’art. 20
 | SI | NO |
|  |  |
| * di esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi
 | SI | NO |
|  |  |
| * di svolgere funzioni fiscali nell’ambito dell’Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale
 | SI | NO |
|  |  |
| * di fruire 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
 | SI | NO |
|  |  |
| * di operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell’attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale
 | SI | NO |
|  |  |
| * di essere 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-quinquies del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni
 | SI | NO |
|  |  |
| * di essere 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
 | SI | NO |
|  |  |
| * di fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente
 | SI | NO |
|  |  |

\_l\_ sottoscritt\_, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)

\_l\_ sottoscritt\_ dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento.

**AI SENSI DELLA LEGGE 196\2003** si comunica che i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso questa Azienda Sanitaria per le finalità di gestione della graduatoria e saranno trattati presso una banca dati automatizzata successivamente all’eventuale istituzione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l’esclusione dalla graduatoria. I dati personali saranno pubblicati sul BUR della Regione Friuli Venezia Giulia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data: |  |  | Firma per esteso in originaledel Dichiarante non soggettaad autenticazione |
|  |  |  |  |
|  |  |  | (firma) |

 PER FIRMA APPOSTA ALLA PRESENZA DI UN FUNZIONARIO:

Si attesta che, ai sensi dell’art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, il presente documento è stato sottoscritto in presenza del funzionario competente.

Estremi documento di riconoscimento IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Informativa resa all’interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che:

* il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente all’espletamento da parte di questa Azienda Sanitaria – sede del Comitato Zonale della formazione delle graduatorie provinciali degli specialisti ambulatoriali/veterinari/professionisti valide per l’anno 2020;
* Il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di mezzi informatici;
* Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria.
* I dati personali saranno allegati al provvedimento deliberato dal Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria, sede del Comitato Consultivo Zonale e pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia;
* L’art. 7 del citato D. Lgs. Le conferisce l’esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell’origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;di ottenere l’aggiornamento, la rettificazione, l’integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.
* Incaricato del trattamento è il sig. Fort Bruno – Azienda per l’Assistenza sanitaria n. 5 “Friuli Occidentale” – via della Vecchia Ceramica , 1 – 33170 PORDENONE - Tel 0434/369835 sede del Comitato Zonale della Provincia di Pordenone;
* Titolare del trattamento dei dati è l’ Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 5 “Friuli Occidentale” sede del Comitato Zonale della Provincia di Pordenone nella persona del Direttore Generale.