

**MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA'
ASSEGNAZIONE DI INCARICO PROVVISORIO - ART. 23 ACN 31/03/2020
RISERVATO A SPECIALISTI AMBULATORIALI ISCRITTI NELLA GRADUATORIA VIGENTE
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI CAGLIARI
BRANCA CARDIOLOGIA**

SEDE DI SVOLGIMENTO: STABILIMENTO OSPEDALIERO S. MARCELLINO, MURAVERA – ASL N. 8 CAGLIARI

S.C. Medicina Convenzionata ARES Sardegna
ASL n. 8 di Cagliari
medconvenzionata.cagliari@pec.atssardegna.it

<p><u>I sottoscritt</u> _____, nat_ il ___/___/___ a _____, residente in Via/P.zza _____, n° ___, Città _____, tel./cell. _____, PEC _____, e-mail _____,</p>

Dichiara

la disponibilità all'assegnazione di un incarico provvisorio (ex art. 23 ACN 2020) di cui all'Avviso pubblicato in data 10.05.2022, qui di seguito precisato:

DISTRETTO STRUTTURA	BRANCA	SEDE	N. ORE settimanali	TIPOLOGIA ATTIVITA'/PARTICOLARI COMPETENZE RICHIESTE	GIORNO	ORARIO MATTINA	ORARIO POMERIGGIO
Sarrabus -Gerrei ASL n. 8 Cagliari	Cardiologia	Stabilimento Ospedaliero S. Marcellino Muravera	15	Attività ambulatoriale Esperienza in Ecocardiografia	Martedì Mercoledì Giovedì	08,00 - 13,00 08,00 – 13,00	14,00 - 19,00

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)

<p>1. di possedere il diploma di laurea della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia – chimica - psicologia) con voto _____/_____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____ (gg/mm/aaaa);</p>



2. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

- in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aa)
presso l'Università _____ con voto ____/____;
- in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aa)
presso l'Università di _____ con voto ____/____;

3. di essere iscritto/a all'Albo professionale dei _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei medici veterinari o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal ____/____/____ (gg/mm/aa);

4. di essere abilitato/a all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, medico veterinario o biologo, o chimico o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____;

Dichiara, inoltre, quali Requisiti Specifici di Accesso

alla procedura di assegnazione di incarico provvisorio ex art. 23 ACN 2020 ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

- Di essere iscritto/a nella graduatoria vigente per l'anno 2022 per la branca di Cardiologia nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari
 - art. 19 c. 10 dell'ACN 2020 alla posizione:°
 - art. 19 c. 12 dell'ACN 2020 alla posizione:°
- Di possedere la competenza richiesta di "Esperienza in Ecocardiografia" e a tal fine si autocertifica il possesso di attestati di completamento di corsi/master di formazione teorico-pratici in ecocardiografia per l'accreditamento all'esecuzione di ecocardiografie, con l'indicazione completa dei riferimenti dell'ente di formazione:

Corso/Master denominato: _____
Svolto dal _____ al _____
Attestato abilitante: _____
Conseguito il ____/____/____
Rilasciato da: _____
Indirizzo: _____
Recapito telefonico: _____
PEC: _____



Corso/Master denominato: _____
Svolto dal _____ al _____
Attestato abilitante: _____
Conseguito il ____/____/____
Rilasciato da: _____
Indirizzo: _____
Recapito telefonico: _____
PEC: _____

Corso/Master denominato: _____
Svolto dal _____ al _____
Attestato abilitante: _____
Conseguito il ____/____/____
Rilasciato da: _____
Indirizzo: _____
Recapito telefonico: _____
PEC: _____

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.

Allega fotocopia del documento d'identità.

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.

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 assegnazione di incarico provvisorio 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 assegnazione di incarico provvisorio 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 assegnazione di incarico provvisorio 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@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 01.01.2022

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di assegnazione di incarico provvisorio 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