



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

PROCEDURA DI COMPLETAMENTO ORARIO SPECIALISTI AMBULATORIALI

ASL n. 8 Cagliari

ACN per la Specialistica ambulatoriale 31.03.2020 e ss.mm.ii. – Art. 20 c.1

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

Con riferimento all'Avviso di Completamento Orario - ASL n. 8 Cagliari, pubblicato in data 28.03.2023, relativo all'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato, al fine di raggiungere il massimale orario pari a 38 ore settimanali, anche mediante frazionamento (ex art. 20 c. 1 ACN 2020 e ss.mm.), nella branca di _____,

I 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/aa);

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 _____

di essere iscritto all'Albo dei Medici e Chirurghi/ Odontoiatri di _____
dal ___/___/___ (gg/mm/aa)



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

1. **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:

Branca		
Sede	N. ore settimanali	Giorni e orari
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. **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 n. 8 Cagliari;
- Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata presso la Asl n. 8 Cagliari 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 _____;
- di essere stato/a valutato/a dalla apposita Commissione tecnica per la medesima particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso: (precisare) _____ come risulta dalla Delibera n° _____ del _____ della ASL _____;
- di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso: (precisare) _____ come risulta da certificazioni allegate (utilizzare modulo dichiarativo predisposto);

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.

Luogo, data _____

Firma _____



**MODULO DICHIARATIVO
PARTICOLARI COMPETENZE**

I 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. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

- 1. Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso di Completamento orario del 28.03.2023 ai sensi dell'art. 20 c. 1 ACN 31.03.2020 e ss.mm.ii.:**
_____ (*precisare*)

presso la sede di _____ ASL n. _____;

presso la sede di _____ ASL n. _____;

presso la sede di _____ ALTRO _____;

- 2. Di allegare n. _____ certificazioni a firma del Responsabile del Poliambulatorio / Distretto / Direzione Sanitaria, attestanti lo svolgimento dei seguenti compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso (*precisare*) _____.**

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 19 e 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 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 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 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@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 01.01.2023

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