

Alla ARES Sardegna

PEC:

sc.medicinaconvenzionata@pec.atssardegna.it

DOMANDA

**per l'inclusione nelle GRADUATORIE DI DISPONIBILITA' valevoli per l'anno 2022, per la specialistica ambulatoriale dell'ambito dei Comitati Zonali di:
SASSARI - NUORO - ORISTANO - CAGLIARI**

RISERVATA A:

- specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti ex art. 19 c. 4 ACN 2020 ss.mm.ii.
- laureati in odontoiatria e protesi dentaria e laureati in medicina e chirurgia, non specializzati ed iscritti All'Albo degli odontoiatri ai sensi della Norma finale n. 7 ACN 2020 ss.mm.ii.

secondo quanto previsto dall'art. 19 c. 12 e dalla Norma finale n. 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31.03.2020 e ss.mm.ii. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Odontoiatri, Medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. (di seguito ACN vigente)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./DOTT.SSA

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____ C.F. _____

residente nel Comune di _____ (prov. _____)

in Via _____ n° _____ CAP. _____ Cell. _____

E-Mail _____ PEC _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale 31.03.2020 ss.mm.ii. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art.8 del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii.

di essere incluso/a nella graduatoria di disponibilità art. 19 c. 12 ACN vigente per la branca/disciplina qui di seguito indicata dal/la sottoscritto/a a valere per l'anno 2022 relativa al Comitato Consultivo Zonale di Sassari di Nuoro di Oristano di Cagliari nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico (indicare il/i Comitato/i prescelti barrando la casella) per la seguente branca specialistica o categoria professionale:

- Medici specialisti ed odontoiatri**, branca di _____
- Medici veterinari**, branca di _____
- Biologi**
- Chimici**
- Psicologi**
 - Psicologia
 - Psicoterapia

**Dovrà essere presentata una domanda per ogni singola branca
nella quale lo/la specialista chieda di essere incluso/a**

DICHIARA

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

(barrare le caselle prescelte e compilare tutti i campi richiesti)

- Di candidarsi ai sensi dell'Art. 19. c. 12 lett. b) in quanto** Specialista, veterinario/a o professionista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 c. 4 ACN vigente.

- Di candidarsi ai sensi della Norma finale n. 7 in quanto** Laureato/a in odontoiatria e protesi dentaria e laureati in medicina e chirurgia iscritti all'Albo degli odontoiatri e non specializzati.

A TAL FINE DICHIARA

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);

2. di essere in possesso della seguente specializzazione nella branca specialistica o categoria professionale prescelta prevista nell'Allegato 2 ACN 2020 vigente):

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

→ **per gli Psicologi:** di aver conseguito la seguente specializzazione ex artt. 3 e 35 della L. n. 56/89

- in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aa) presso la scuola di specializzazione universitaria _____ sede di _____ o presso l'istituto a tal fine riconosciuto _____ sede 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 _____;

5. Anzianità di incarico di odontoiatra (SOLO per gli odontoiatri non specializzati):

- dichiaro di aver svolto almeno tre anni di attività convenzionale ai sensi dell'ACN vigente;
- dichiaro di aver svolto meno tre anni di attività convenzionale ai sensi dell'ACN vigente;

Indicare **OBBLIGATORIAMENTE** la data del primo incarico che determina l'anzianità di incarico: _____

- Incarico a tempo indeterminato, presso la sede di _____ ASL/Ente _____
- Incarico a tempo determinato, presso la sede di _____ ASL/Ente _____
- Incarico provvisorio presso la sede di _____ ASL/Ente _____
- Incarico di sostituzione presso la sede di _____ ASL/Ente _____

6. di trovarsi nella seguente posizione:

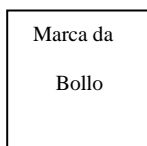
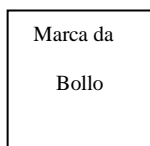
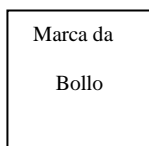
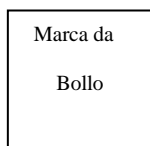
- **di essere** **di non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 21 dell'ACN 31.03.2020 vigente;
- **di fruire** **di non fruire** del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- **di fruire** **di non fruire** di trattamento di quiescenza o di anticipo di prestazione previdenziale

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 _____



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 Via Piero della Francesca, 1 – 09047 Selargius (CA), in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di inserimento nella graduatoria di specialistica ambulatoriale ex art. 19 c. 12 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 inserimento nella graduatoria di specialistica ambulatoriale ex art. 19 c. 12 dell'ACN Specialistica Ambulatoriale di settore, 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 inserimento nella graduatoria di specialistica ambulatoriale ex art. 19 c. 12 dell'ACN Specialistica Ambulatoriale di settore.

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 inserimento nella graduatoria di specialistica ambulatoriale ex art. 19 c. 12 dell'ACN Specialistica Ambulatoriale di settore 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