

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI  
AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2020  
per trasferimento**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ Pec: \_\_\_\_\_

titolare di incarico a tempo indeterminato nel settore di Assistenza Primaria:

**presenta DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5, lettera a) - lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta 21/06/2018, per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta: Comune di ACRI(ASP di Cosenza), di cui all'avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

**DICHIARA**

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di libera scelta presso l'ASP di \_\_\_\_\_, nell'ambito territoriale di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;

2) di essere stato precedentemente iscritto nei seguenti elenchi dei medici convenzionati per la pediatria di libera scelta:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

con anzianità complessiva di pediatria di libera scelta, pari a mesi \_\_\_\_\_, detratti i seguenti periodi di sospensione dall'incarico ai sensi dell'art. 18, comma 1, dell'ACN 29/07/2009:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASP \_\_\_\_\_ ambito \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

3) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/110 o \_\_\_\_/100;

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_;

5) di aver conseguito il diploma di specializzazione in:

( ) pediatria

( ) \_\_\_\_\_

(disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.)

in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

6) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

---

DICHIARA inoltre

di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

*L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.*

**Allega:**

**- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

---

Data \_\_\_\_\_

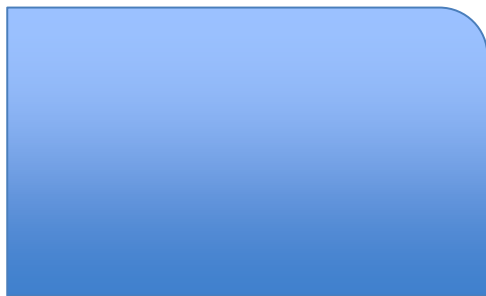
FIRMA

---

(1) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del certificato di servizio di cui eventualmente sia già provvisto

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO  
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA  
AMMINISTRAZIONE**

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO di € 16,00  
da annullare con data e firma**



Il/La sottoscritto/a Dott.

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

**D I C H I A R A**

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.

3. Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.

### **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

#### **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Provinciale.

#### **Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla Azienda Sanitaria Provinciale.

#### **Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria Aziendale per la assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

#### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

#### **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge. I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

#### **Trasferimento dei dati personali**

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

#### **Destinatari dei dati personali**

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende della Regione Calabria

#### **Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

#### **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere accesso ai dati personali
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- d) ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- e) ottenere la limitazione del trattamento
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- i) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

**Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.**

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_