

**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

I sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_, Città \_\_\_\_\_,  
tel./cell. \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_,

**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)**

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 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.



**ARES Sardegna**

Azienda Regionale Salute

**Dipartimento Risorse Umane  
S.C. Medicina Convenzionata**

Lei potrà esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare, anche tramite mail, all'indirizzo [sc.medicinaconvenzionata@atssardegna.it](mailto: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](mailto:ssd.dpo@atssardegna.it) e [ssd.dpo@pec.atssardegna.it](mailto: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