

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA PROCEDURA DI

**MOBILITA' INTRAZIENDALE - COMPLETAMENTO ORARIO - ACCENTRAMENTO ORARIO
ACN per la Specialistica ambulatoriale 04.04.2024 – Art. 20 commi 1, 2 e 3**

ASL Cagliari

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

Con riferimento all'**Avviso di Mobilità Intraziendale, Completamento Orario e Accentramento Orario - ASL Cagliari, pubblicato in data 03.09.2024**, relativo alla mobilità (ex art. 20 c. 1 ACN 2024) di incarichi di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato e, qualora vacanti per mancanza di richieste di mobilità, al completamento orario (ex art. 20, c. 2 ACN 2024) o accentramento orario (ex art. 20, c. 3 ACN 2024).

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/aaaa);

☐ 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 _____

Luogo, data _____

Firma _____

MOBILITÀ INTRAZIENDALE SPECIALISTI AMBULATORIALI ASL Cagliari
ex art. 20 c. 1 ACN 2024
di cui all'Avviso in data 03.09.2024

MANIFESTA L'INTERESSE AL TRASFERIMENTO

di n° ore sett. ____ presso la sede ASL Cagliari di _____ il giorno _____ orario _____

di n° ore sett. ____ presso la sede ASL Cagliari di _____ il giorno _____ orario _____

di n° ore sett. ____ presso la sede ASL Cagliari di _____ il giorno _____ orario _____

di n° ore sett. ____ presso la sede ASL Cagliari di _____ il giorno _____ orario _____

E CONTESTUALMENTE CHIEDE
di lasciare le ore d'incarico svolte attualmente

presso la sede ASL Cagliari di _____ per n° ore settimanali pari a _____

presso la sede ASL Cagliari di _____ per n° ore settimanali pari a _____

presso la sede ASL Cagliari di _____ per n° ore settimanali pari a _____

presso la sede ASL Cagliari di _____ per n° ore settimanali pari a _____

A tal fine,

DICHIARA

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

Quali Requisiti Specifici di Accesso/Criteri di Priorità alla procedura di mobilità intraziendale ai sensi dell'art. 20 c. 1 dell'ACN 2024:

- ☐ Di essere titolare di un incarico di Specialistica ambulatoriale interna a tempo indeterminato presso la ASL Cagliari nella Branca di _____;
- ☐ Di avere svolto almeno 18 (diciotto) mesi di servizio nella sede/sedi di provenienza, sita/e nella ASL Cagliari, che si chiede di trasferire ad altra sede, sempre nell'ambito della ASL Cagliari;
- ☐ Che l'anzianità di incarico a tempo indeterminato **nella ASL Cagliari** decorre dal _____ Delibera/Determina n. _____ del _____;
- ☐ Essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____ e non essere sottoposto a sospensione dall'Albo stesso;
- ☐ Di essere stato/a valutato/a dalla apposita Commissione tecnica per la medesima particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso: (precisare) _____ Come risulta dalla Delibera/Determina n° _____ del _____ della ASL _____;
- ☐ Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso: (precisare) _____ come risulta da certificazioni allegate;

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.

Luogo, data _____

Firma _____

DISPONIBILITA' AL COMPLETAMENTO ORARIO EX ART. 20 C. 2 ACN 2024
di cui all'Avviso in data 03.09.2024**DICHIARA**

la disponibilità all'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato, per **COMPLETAMENTO ORARIO**, ai sensi dell'art. 20 c. 2 ACN 2024, indicando il numero delle ore richieste e gli orari di espletamento:

DISTRETTO STRUTTURA	BRANCA	SEDE POLIAMBULATORIO	N. ORE SETTIMANALI	GIORNO	ORARIO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Dichiara, inoltre

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

Quali Requisiti Specifici di Accesso/Criteri di Priorità alla procedura di completamento orario ai sensi dell'art. 20 c. 2 dell'ACN 2024:

- ☐ Di essere Specialista Ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____, presso la ASL Cagliari;
- ☐ Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata presso la ASL 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 **nella ASL Cagliari** decorre dal _____ Delibera/Determina n. _____ del _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____ e non essere sottoposto a sospensione dall'Albo stesso;
- ☐ 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;

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.

Luogo, data _____

Firma _____

DISPONIBILITA' ALL'ACCENTRAMENTO ORARIO EX ART. 20 C. 3 ACN 2024
di cui all'Avviso in data 03.09.2024**DICHIARA**

la disponibilità all'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato, per **ACCENTRAMENTO ORARIO**, ai sensi dell'art. 20 c. 3 ACN 2024, indicando il numero delle ore richieste e gli orari di espletamento:

DISTRETTO STRUTTURA	BRANCA	SEDE POLIAMBULATORIO	N. ORE SETTIMANALI	GIORNO	ORARIO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

E CONTESTUALMENTE DICHIARA

di voler rinunciare alle ore eccedenti l'incarico svolte attualmente presso le seguenti Aziende:

ASL	SEDE POLIAMBULATORIO	N. ORE SETTIMANALI	ANZIANITA' DI INCARICO NELL'AZIENDA DI PROVENIENZA
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

Dichiara, inoltre

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

Quali Requisiti Specifici di Accesso/Criteri di Priorità alla procedura di accentrimento orario ai sensi dell'art. 20 c. 3 dell'ACN 2024.:

- ☐ Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata, a tempo indeterminato, nella branca di _____, per complessive n. 38 ore settimanali, suddivise in più Aziende, tra le quali la ASL Cagliari, presso la quale intende accentrare l'incarico;
- ☐ Di avere maturato un'anzianità di incarico di almeno 18 (diciotto) mesi in ciascuna Azienda di provenienza;
- ☐ Che l'anzianità di incarico a tempo indeterminato **nella ASL Cagliari** decorre dal _____ Delibera/Determina n. _____ del _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____ e non essere sottoposto a sospensione dall'Albo stesso;
- ☐ 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;

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.

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.

Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso di Mobilità intraziendale (ex art. 20 c. 1 ACN 2024), Completamento orario (ex art. 20, c. 2 ACN 2024) e Accentramento orario (ex art. 20, c. 3 ACN 2024) pubblicato in data 03.09.2024: _____

presso la sede di _____ ASL _____;

presso la sede di _____ ASL _____;

presso la sede di _____ ALTRO _____;

E di allegare n. ____ certificazioni a firma del Responsabile del Poliambulatorio / Distretto / Direzione Sanitaria, attestanti lo svolgimento dei sopracitati compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nell'Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso.

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.**

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 mobilità intraaziendale, completamento orario e accentramento 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 mobilità intraaziendale, completamento orario e accentramento 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 mobilità intraaziendale, completamento orario e accentramento 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@aressardegna.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 rpct@aressardegna.it per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 04.04.2024

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di mobilità intraaziendale, completamento orario e accentramento 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