

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il Sottoscritto Dott. (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ (prov. _____) il _____ residente nel Comune
di _____ (prov. _____) in Via _____ n° _____
Cap. _____ Tel. _____ Cell. _____ PEC _____
e-mail _____ recapito postale in _____ via _____ n° _____
cittadinanza _____

Cod. Fiscale Banca _____

Loc. Banca _____ Ag. n° _____ c/c n° _____

Codice IBAN _____ Codice ENPAM _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

di essere **TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO** ai sensi dell'ACN di settore vigente e di svolgere l'attività nei i presidi sotto indicati: (Barrare in caso negativo)

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____
Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____
Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____
Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____
Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____
Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

I.N.A.I.L. Località _____ Branca di _____
Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

ALTRO _____ Branca Specialistica _____
Ore settimanali n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;
n. _____ dal _____ al _____ ; n. _____ dal _____ al _____ ;

Totale complessivo ore settimanali espletate. n° _____

DICHIARA ancora di :

1. di essere/non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare/non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico convenzionato INPS;
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
10. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);
11. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
12. di fruire/non fruire (1) 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;
13. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);
14. di essere/non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
15. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
16. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

17. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);

18. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale de _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

19. di avere/non avere (1) riportato condanne penali.
In caso affermativo, specificare: _____;

20. di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti.
In caso affermativo, specificare: _____;

21. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____);

☐ di avere preso visione* degli Allegati 5 e 6 dell'ACN 04.04.2024 – Codice di comportamento degli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e Professionisti sanitari (Biologi, Chimici, Psicologi) Ambulatoriali – Sanzioni Disciplinari, consultabili nel sito della SISAC – Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, al link:
<https://www.sisac.info/anteprimaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=20240408092322555>;

* la sottoscrizione del presente documento vale come accettazione delle disposizioni contenute negli Allegati 5 e 6 dell'ACN 04.04.2024 – Codice di comportamento degli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e Professionisti sanitari (Biologi, Chimici, Psicologi) Ambulatoriali – Sanzioni Disciplinari.

NOTE (3)

Data _____

Firma per esteso _____

Si allega documento di identità valido _____

- (1) cancellare la parte che non interessa
(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità
(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (GDPR), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, **ARES Sardegna** (Azienda Regionale della Salute) con sede legale in Via Piero della Francesca 1 – 09047 Selargius (CA), PEC: protocollo@pec.aressardegna.it - Telefono 070/609.3359, in qualità di **Titolare del trattamento**, garantisce che il trattamento dei dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali ed allo scopo La informa di quanto segue:

Responsabile della protezione dei dati – RPD:

Il Responsabile della protezione dei dati di ARES Sardegna è la società Karanoa S.r.l. (referente Avv. Giacomo Crovetto 340 0698849) PEC: karanoa@pec.buffetti.it – Tel. 334 5344282;

Finalità del trattamento:

I dati personali comunicati dall'Interessato sono trattati dal Titolare del trattamento per la gestione della **procedura di attribuzione di incarico** ai sensi dell'ACN Specialistica Ambulatoriale di settore vigente, attivata su Sua istanza.

Base Giuridica del trattamento:

- il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento (Art. 6.1, lett. c) Reg. 679/2016);
- il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento (Art. 6.1, lett. e) Reg. 679/2016);
- il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'Interessato (art. 9.2, lett. g) Reg. 679/2016).

Modalità di trattamento dei dati:

I dati personali dell'Interessato, contenuti nella presente autocertificazione informativa, saranno utilizzati esclusivamente ai fini della gestione della procedura di attribuzione di incarico ai sensi dell'ACN Specialistica Ambulatoriale di settore vigente, attivata su Sua istanza. I dati personali saranno trattati con strumenti manuali, informatici e telematici nell'ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato a mezzo di soggetti espressamente e specificamente designati e formati in qualità di designati/autorizzati o, eventualmente, anche quali responsabili ex art. 28 Reg. UE 679/2016. Tali soggetti tratteranno i dati conformemente alle istruzioni ricevute dall'ARES Sardegna, secondo profili operativi agli stessi attribuiti in relazione alle funzioni svolte.

Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Categoria dati trattati:

I dati oggetto di trattamento sono quelli forniti ai fini dell'attribuzione dell'incarico, ai sensi dell'ACN Specialistica Ambulatoriale di settore vigente e dello svolgimento delle conseguenti attività organizzative e amministrative legate alle normative che regolano la gestione giuridica del rapporto di lavoro in argomento. In particolare i dati relativi all'identificazione, agli incarichi di Specialistica ambulatoriale svolti, alle situazioni di incompatibilità ex art. 27 ACN 2024 nonché i dati sensibili e giudiziari di cui agli artt. 9 e 10 del Reg. UE 679/2016 ed altri dati comuni o particolari volontariamente forniti ed attinenti alle finalità perseguite.

Il conferimento dei dati personali oggetto della presente informativa risulta essere necessario al fine dell'attribuzione dell'incarico per cui ha presentato istanza e della successiva gestione del rapporto convenzionale instaurato. Nell'eventualità in cui tali dati non venissero correttamente forniti non sarà possibile procedere all'attribuzione del sopracitato incarico.

Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali

Per l'espletamento delle finalità sopra specificate, i dati potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati) in forma cartacea o informatica a soggetti anche esterni a Pubbliche Amministrazioni. I dati personali dell'Interessato, nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati a soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva.

Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati ad ulteriori soggetti terzi non espressamente indicati.

I dati non saranno soggetti a diffusione (con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati), salvo che per la pubblicazione obbligatoria prevista per legge da inserire nella sezione "Albo pretorio on line – Bandi e Avvisi Medicina Convenzionata – Determine Dirigenziali" del sito web istituzionale dell'ARES Sardegna. Sarà cura del titolare usare idonei mezzi per minimizzare i dati oggetto di pubblicazione.

La informo che i suoi dati non saranno trasmessi al di fuori dei paesi UE senza il suo preventivo consenso.

Criteri utilizzati al fine di determinare il periodo di conservazione:

L'ARES Sardegna dichiara che i dati personali dell'Interessato oggetto del trattamento saranno conservati per:

Bandi, avvisi di mobilità, avvisi interni, domande dei candidati e relativi allegati, verbali, elaborati, provvedimenti di esclusione, graduatoria finale ecc.	Tempo conservazione: ILLIMITATO
--	------------------------------------

così come stabilito dal Regolamento e del Prontuario di Selezione e Scarto per gli archivi vigente (Deliberazione n. 172 del 30/12/2020 ATS Sardegna) rinvenibile al seguente link:

<https://www.atssardegna.it/index.php?xsl=115&s=59163&v=2&c=4964&na=1>

Diritti dell'Interessato

Potranno essere esercitati i diritti specificati nei seguenti articoli del Reg. UE 2016/679:

- **Diritto di accesso** ai dati personali ovvero a conoscere se sia o meno in corso il trattamento dei dati, per quali finalità e per quali tipologie di dati nonché i destinatari ed il tempo di conservazione dei medesimi o i criteri con cui tale tempo è determinato e, infine, se i Suoi dati sono destinati ad essere comunicati a paesi terzi ovvero organizzazioni internazionali (**art.15**);
- **Diritto alla rettifica** ovvero il diritto ad ottenere, senza ingiustificato ritardo, dal titolare la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione dei dati incompleti (**art.16**);
- **Diritto alla cancellazione** ovvero il diritto di ottenere dal Titolare la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo per i motivi di cui alla relativa disposizione del Reg.UE 2016/679 ivi specificamente inclusa la possibilità di revoca del consenso (**art.17**);
- **Diritto di limitazione** del trattamento in caso di contestazione dell'esattezza dei dati, opposizione al trattamento di essi in caso di trattamento illecito, utilizzo per fini di esercizio di diritti in sede giudiziaria e contestuale non necessità per il trattamento da parte del titolare ed, infine, nelle more della verifica sulla prevalenza degli interessi legittimi del titolare rispetto a quelli dell'interessato (**art. 18**);
- **Diritto alla portabilità** dei dati ovvero il diritto di ricevere in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico su cui trasferirli verso altro titolare nel caso in cui il trattamento avvenga sulla base del consenso ovvero sia eseguito con mezzi automatizzati (**art.20**);
- **Diritto di opposizione** al trattamento nei casi previsti dall'articolo di riferimento del Reg. UE 2016/679 (**art. 21**).

Per esercitare i diritti sopra riportati, sarà necessario rivolgere richiesta scritta indirizzata al Titolare o al Responsabile della Protezione Dati ai recapiti sopra indicati.

Diritto di presentare reclamo (art. 13.2, lett. d) Reg. 679/2016)

Qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati possa violare le normative specifiche di riferimento europee e nazionali, potrà esercitare il proprio diritto di inoltrare reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali – Piazza Venezia n.11 – 00187 – ROMA (protocollo@pec.gdgd.it) così come previsto dall'art.77 del Reg. UE 2016/679 ovvero adire le competenti Autorità giudiziarie così come previsto dall'art. 79 del medesimo Regolamento.

Richiesta di ulteriori informazioni

Le eventuali richieste di ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei dati potranno essere inoltrate a ARES Sardegna ovvero al Responsabile della Protezione Dati Karanoa S.r.l. ai recapiti sopra indicati.

La presente informativa è stata redatta in data 11.11.2024

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