

GRADUATORIA ANNO 2022

AMBITO TERRITORIALE DEL COMITATO ZONALE DI UDINE

ART. 19 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, I MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) RESO ESECUTIVO IN DATA 31.03.2020

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DELLA DOMANDA DI SEGUITO RIPORTATO DA PAG. 5 a PAG. 11

Con riferimento alla formazione delle graduatorie valevoli per l'anno 2022 per i medici specialisti, i medici veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, si forniscono le seguenti **AVVERTENZE**.

La domanda di inclusione nella graduatoria anno 2022 deve essere inoltrata dal 01.01.2021 ed entro e non oltre il 31.01.2021.

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato, non possono fare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima branca specialistica o area in cui già operano (art. 19 comma 6 - ACN 31.03.2020).

Per gli ODONTOIATRI è richiesto il possesso del diploma di specializzazione, come previsto dall'art. 19, comma 4, lettera d), di cui all'Allegato 2 dell'ACN 31.03.2020.

COMPILAZIONE DELLE DOMANDE

Alla domanda va apposta ed annullata una marca da bollo da € 16,00.

L'interessato dovrà provvedere all'inserimento nella domanda dei numeri identificativi della marca da bollo.

La domanda deve contenere tutte le dichiarazioni necessarie alla determinazione del punteggio e della conseguente posizione in graduatoria. Di seguito i requisiti richiesti:

DATI ANAGRAFICI

Indicare i **dati anagrafici**, la **residenza** e i **recapiti** presso cui si desidera ricevere eventuali comunicazioni (domicilio, telefono, e-mail, Posta Elettronica Certificata Personale dell'interessato).

TITOLI ACCADEMICI

Indicare i **titoli accademici posseduti al 31.01.2021**, comprensivi di punteggio, eventuali lodi, data di conseguimento e specificazione dell'università/scuola presso cui sono stati conseguiti:

- diploma di laurea o laurea specialistica o lauree magistrali della classe corrispondente;
- diploma/i di specializzazione;
- data di iscrizione all'albo/ordine professionale e specificazione dell'albo/ordine.

E' titolo valido per l'inclusione nelle graduatorie, il diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche dell'area medica, veterinaria o della categoria professionale interessata, previste nell'Allegato 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31.03.2020.

Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, deve intendersi valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

La mancanza dei requisiti richiesti determina l'esclusione dalla graduatoria.

TITOLI PROFESSIONALI

Indicare **l'attività professionale svolta a titolo di sostituto, incaricato provvisorio e a tempo determinato** effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, **presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc) che applicano le norme del presente Accordo o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali succedutesi nel tempo.**

Non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000.

L'attività professionale valutabile è quella svolta **entro il 31.12.2020, nella branca o disciplina** per cui si aspira ad essere inclusi in graduatoria.

Ai fini della valutazione dell'attività professionale, svolta successivamente al conseguimento del titolo di specializzazione, è necessario indicare:

- la branca o area professionale,
- l'Azienda sanitaria o istituzione pubblica presso cui è stata prestata l'attività,
- i singoli periodi, contrassegnati dalle date iniziali e finali,
- il totale complessivo delle ore effettivamente svolte relative a tutto il periodo indicato (esprese in ore e minuti), ad esclusione delle ore di permesso non retribuito.

La domanda di inclusione in graduatoria **deve essere rinnovata di anno in anno** e deve contenere le **dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio** a norma dell'allegato 1 del vigente ACN.

I medici specialisti, medici veterinari e professionisti che **hanno già inviato domanda di inclusione nella graduatoria per l'anno 2021 all'Azienda Sanitaria sede del Comitato Zonale medesimo**, dovranno presentare eventuali informazioni integrative per chiedere l'aggiornamento del proprio punteggio, relativamente ai titoli accademici e/o professionali, in presenza di titoli aggiuntivi rispetto a quelli già allegati o di dichiarazioni non presentate in precedenza.

Ai fini della valutazione, la domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. N. 445/2000, atte a provare il possesso dei titoli professionali conseguiti fino al 31.12.2020, elencati nella dichiarazione stessa.

Non è necessario allegare curriculum vitae, titoli accademici non attinenti alla domanda, attestati di partecipazione a corsi di formazione, attività professionale svolta quale dirigente medico, veterinario, chimico, biologo o psicologo, consulente libero-professionista o con contratto di lavoro atipico.

La modulistica dovrà essere compilata in stampatello al fine di agevolare la lettura dei dati contenuti nella domanda. Non saranno valutate dichiarazioni incomplete o imprecise, ciò comporterà la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività. Si precisa che per numero di ore si intendono le ore lavorate per la durata complessiva dell'incarico ottenuto, non sarà valutata la sola indicazione dell'orario settimanale. Ai sensi di quanto indicato nell'allegato 1 dell'ACN vigente ai fini della valutazione saranno prese in considerazione esclusivamente le ore di attività svolte con incarico di sostituzione, incarichi provvisori e incarichi a tempo determinato effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, presso Aziende sanitarie ed altre istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN per la specialistica ambulatoriale convenzionata (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, ecc). Non saranno valutabili le ore di attività effettuate con contratto libero professionale o di dipendenza.

Si rammenta altresì che per servizio svolto, ai sensi del predetto ACN, si intende quello effettuato dal 02 ottobre 2000 fino a al 31 dicembre 2020.

TITOLI e CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE

TITOLI ACCADEMICI

VOTO DI LAUREA

- | | |
|---|------------|
| - Voto di laurea 110/110 e lode o 100/100 e lode | punti 3,00 |
| - Voto di laurea da 101/110 a 110/110 o da 91/100 a 100/100 | punti 2,00 |

SPECIALIZZAZIONE

- | | |
|---|------------|
| - Per la prima specializzazione | punti 3,00 |
| - Specializzazione ai sensi degli artt.3 e 35 Legge 56/89 | punti 3,00 |
| - Per ogni ulteriore specializzazione (Allegato 2 ACN) | punti 1,00 |
| - | |

VOTO SPECIALIZZAZIONE

- Con lode (una sola volta) punti 3,00
- Con il massimo dei voti (una sola volta) punti 2,00

TITOLI PROFESSIONALI

Sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del presente Accordo (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc)

Non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

- Per ciascuna ora di attività svolta punti 0,003

A parità di punteggio prevale l'anzianità di specializzazione, di laurea e in subordine la minore età.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli interessati all'inclusione nelle graduatorie valevoli per l'anno 2022, devono inoltrare apposita domanda, in bollo, compilata secondo lo schema allegato, **dal 01 gennaio 2021 ed entro e non oltre il 31 gennaio 2021.**

Qualora il termine di scadenza coincida con un giorno festivo, lo stesso si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La presentazione della domanda dovrà avvenire, a pena della esclusione, secondo una delle seguenti modalità:

- **Spedizione postale a mezzo raccomandata A/R** (con avviso di ricevimento) al seguente indirizzo postale:

**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE
SEDE DEL COMITATO ZONALE DI UDINE
VIA POZZUOLO, 330
33100 UDINE**

- **consegna a mano** al competente Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – Via Pozzuolo, 330 – 33100 Udine – Palazzina Direzionale "A" – piano terra - da lunedì a giovedì dalle ore 08.30 alle ore 12.30 e dalle 14.15 alle 16.00 – venerdì dalle ore 08.30 alle ore 13.45. (eventuali variazioni della sede dell'Ufficio Protocollo e degli orari – verranno comunicati nel sito aziendale). L'accesso all'Ufficio Protocollo sarà consentito e gestito nel rispetto delle regole per l'emergenza COVID-19.

- **invio da una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) personale dell'interessato all'indirizzo PEC:**

asufc@certsanita.fvg.it

(la domanda, debitamente controfirmata e con applicata la marca da bollo annullata, deve essere allegata in formato pdf).

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale se trasmessa a mezzo posta raccomandata, il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio protocollo se consegnata a mano o la data della ricevuta di accettazione e di avvenuta consegna se trasmessa via PEC.

La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda.

La domanda deve essere firmata in calce in originale dall'interessato, pena l'esclusione, ed accompagnata da fotocopia non autenticata di un documento di identità (fronte e retro) in corso di validità, ai sensi del DPR 445/2000.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi alla Struttura Operativa Complessa "Politiche del Territorio" dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - sede del Comitato Zonale di Udine – Via Pozzuolo 330 – 33100 Udine - Tel 0432 806169

oppure scrivere una mail a:

politichedelterritorio@asufc.sanita.fvg.it

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2022

AMBITO TERRITORIALE DEL COMITATO ZONALE DI UDINE

ART. 19 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) 31.03.2020

LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate

Primo inserimento

Aggiornamento

Marca da
bollo
€ 16,00

**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
FRIULI CENTRALE
VIA POZZUOLO, 330
33100 UDINE
Sede del COMITATO ZONALE DI UDINE**

(Si prega di compilare la domanda in stampatello)

<u> </u> _l_ sottoscritt_	_____ (Cognome)	_____ (Nome)
----------------------------	-----------------	--------------

chiede di essere inclus__ nella graduatoria dei:

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

- MEDICI SPECIALISTI: branca di _____*
- ODONTOIATRI (in possesso del diploma di specializzazione come previsto dall'art. 19, comma 4, lettera d), di cui all'Allegato 2, dell'ACN 31.03.2020).*
- MEDICI VETERINARI: area _____*
- BIOLOGI*
- CHIMICI*
- PROFESSIONISTI PSICOLOGI*
- PROFESSIONISTI PSICOTERAPEUTI*

A valere per l'anno **2022** relativamente all'ambito zonale di UDINE nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

5. di essere **abilitato** all' esercizio della professione di _____(medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione _____ presso l' Università di _____

6. di essere iscritto **all'Albo professionale:**

medici chirurghi o degli odontoiatri ; veterinari ; biologi ; chimici ; psicologi ;

presso l'Ordine provinciale regionale nazionale di _____ dal _____

7. di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni:**

Specializzazione in	Data di conseguimento	Presso l'Università/Scuola	Sede di	Voto	Indicare l'eventuale LODE
				____/____	
				____/____	

N.B. indicare sempre: l'Università/scuola di specializzazione con l' indirizzo completo e telefono presso la quale si e' conseguito la specializzazione, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Università/scuola: _____ Via _____

CAP _____ Città _____ tel. _____

8. di essere / non essere **(1)** nella medesima branca specialistica o area in cui opera, titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

9. di avere / non avere **(1)** subito **provvedimenti disciplinari** da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi

di essere / non essere **(1)** soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine in caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare _____

10. di aver svolto la seguente **attività professionale** nella branca o area professionale, **come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato** – indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente - (dopo il conseguimento del titolo valido per l'inclusione nella graduatoria) a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, ecc) **che applicano le norme del Vigente Accordo Collettivo Nazionale** o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali succedutesi nel tempo – non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

(1) cancellare la parte che non interessa

N.B. indicare sempre: la struttura **Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica** presso la quale si è prestato o si presta servizio, **che applica le norme del vigente Accordo**, con l'indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); le date iniziali e finali (gg/mm/aa) dei relativi periodi di attività' ed il totale complessivo delle ore per ciascun periodo indicato (ore e minuti). **NON SARANNO VALUTATE LE DICHIARAZIONI NON COMPLETE O IMPRECISE.**

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ () tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ () tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ () tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ () tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

In mancanza di spazio è possibile fotocopiare il presente prospetto o allegare alla domanda una dichiarazione su carta semplice

11. di essere nella seguente posizione ai sensi dell'art. 27 dell'A.C.N.:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) di essere titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| b) di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionale con il SSN 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 e successive modificazioni e integrazioni | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| c) di esercitare attività o di essere 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 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| d) di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| e) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 21 e di svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| f) di esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| g) di svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| h) di 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 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| i) di operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| j) di essere 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-quinquies del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| k) di essere 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 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| l) di fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente
In caso affermativo specificare l'Ente Previdenziale _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

 sottoscritt, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000).

 sottoscritt dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

I sottoscritt_ dichiara:

1) di avere assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovuta, tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a, identificata come segue:

a) DATA E ORA DI EMISSIONE _____

b) IDENTIFICATIVO n. _____

2) **di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione richiedente (nel caso di trasmissione della domanda tramite PEC).**

3) di avere preso visione delle istruzioni.

DATA _____

*FIRMA per esteso in originale del dichiarante
(non soggetta ad autenticazione)*

N.B. ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che:

- il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda Sanitaria – sede del Comitato Zonale di Udine, della formazione delle graduatorie dei medici specialisti ambulatoriali/veterinari/professionisti valide per l'anno 2022;
- il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di mezzi informatici;
- il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria.
- i dati personali saranno allegati al provvedimento deliberato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, sede del Comitato Consultivo Zonale e pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia;
- sui Suoi dati personali Lei potrà esercitare i diritti riconosciutigli dagli artt. da 15 a 22 del summenzionato Regolamento Europeo n. 679/2016, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.
- incaricato del trattamento dei dati è il personale afferente alla Struttura Operativa Complessa Politiche del Territorio - - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - Via Pozzuolo, 330 – 33100 UDINE - Tel 0432/806169 sede del Comitato Zonale di Udine.
- Titolare del trattamento dei dati è l' Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale sede del Comitato Zonale di Udine nella persona del Direttore Generale.

DATA _____

*FIRMA per esteso in originale del dichiarante
(non soggetta ad autenticazione)*