

Comunicato regionale 13 dicembre 2019 - n. 127
Direzione generale Welfare - Pubblicazione dei fac-simili delle domande per l'inserimento nelle graduatorie regionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta valide per l'anno 2021

Le domande per il primo inserimento o aggiornamento nelle graduatorie regionali della Medicina Generale, della Pediatria di libera scelta valide per l'anno 2021 dovranno essere presentate **entro il 31 gennaio 2020**. Si precisa inoltre che il Medico/Pediatra che intende restare in graduatoria regionale deve presentare ogni anno la domanda per aggiornamento punteggio.

I medici che aspirano ad essere inseriti nelle graduatorie regionali di Medicina generale devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio 2020) i seguenti requisiti:

- **Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;**
- **Non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 2 del vigente ACN:**
 - lettera b) **fruire del trattamento di invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1979 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;**
 - lettera f) **fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei Medici che beneficiano delle sole prestazioni della quota A del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;**
- **Iscrizione all'Albo Professionale (Ordine dei medici);**
- **Attestato di formazione specifica in medicina generale di cui dd.lgs. n. 256/91 e n. 368/99 e n. 277/2003, oppure essere in possesso dell'abilitazione in Medicina e chirurgia acquisita entro il 31 dicembre 1994 (art. 30 del d.lgs. n. 368/1999).**

I medici che chiedono l'inserimento nella graduatoria di Emergenza Sanitaria Territoriale devono possedere anche l'**Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza**, ai sensi dell'art. 96 del d.p.r. n. 270/2000.

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio 2020) i seguenti requisiti:

- **Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;**
- **Non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 2 del vigente ACN:**
 - lettera b) **fruire del trattamento di invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1979 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;**
 - lettera f) **fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei Medici che beneficiano delle sole prestazioni della quota A del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;**
- **Iscrizione all'Albo Professionale (Ordine dei medici);**
- **Diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti:**
 - 1 pediatria;
 - 2 clinica pediatrica;
 - 3 pediatria e puericultura;
 - 4 patologia clinica pediatrica;
 - 5 patologia neonatale;
 - 6 puericultura;
 - 7 pediatria preventiva e sociale.

La domanda di inserimento e di aggiornamento deve essere in regola con l'imposta di bollo.

La marca da bollo presente sulla domanda dovrà essere annullata. Sarà verificato il corretto utilizzo della marca da bollo: in caso di plurimo utilizzo della stessa in più domande verrà considerata valida esclusivamente la prima domanda ricevuta. Si ricorda che tale comportamento è passibile di denuncia.

Sommario allegati:

domande per i Medici di Medicina Generale, per i Pediatri di libera scelta e dichiarazione sostitutiva di certificazione relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio.

Le domande dovranno essere presentate presso le ATS di competenza così come indicate nell'indirizzario e dovranno essere inviate a pena di inammissibilità a mezzo raccomandata A/R oppure all'indirizzo PEC sotto indicato o consegnate all'ufficio protocollo della ATS di riferimento:

1. Per i medici e pediatri **residenti nella Regione Lombardia** alla ATS di residenza secondo l'elenco delle sedi territoriali riportate in tabella (colonna 2);
2. Per i medici e pediatri **residenti in altre Regioni** l'istanza dovrà essere indirizzata esclusivamente alle ATS indicate in tabella (colonna 3).

ATS	Sedi territoriali a cui indirizzare l'istanza di riesame	Regione di residenza
BERGAMO	VIA GALLICCIOLLI, 4 24121 BERGAMO protocollo@pec.ats-bg.it 035 - 385086	MOLISE
BRESCIA	Viale Duca Degli Abruzzi, 15 - 25124 BRESCIA protocollo@pec.ats-brescia.it 030/3839324, 030/3839244	FRIULI VENEZIA GIULIA
INSUBRIA	VIA OTTORINO ROSSI, 9 21100 VARESE protocollo@pec.ats-insubria.it 0332/277439-442 (ambiti sede Territoriale di Varese) 031/370967 (ambiti sede Territoriale di Como)	LAZIO LIGURIA TOSCANA MARCHE
BRIANZA	Sede Territoriale di Lecco C.SO CARLO ALBERTO, 120 - 23900 LECCO protocollo@pec.ats-brianza.it 0341- 482280/482240/482716	CALABRIA
	Sede Territoriale di Monza VIALE ELVEZIA, 2 20052 MONZA protocollo@pec.ats-brianza.it 039 - 23841	BOLZANO
VAL PADANA	Sede Territoriale di Cremona VIA SAN SEBASTIANO, 14 26100 CREMONA protocollo@pec.ats-valpadana.it 0372 - 497407/376	BASILICATA VENETO
	Sede Territoriale di Mantova VIA DEI TOSCANI, 1 46100 MANTOVA protocollo@pec.ats-valpadana.it 0376/334545	ABRUZZO PIEMONTE
CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO	Sede Territoriale ex ASL Milano ed ex ASL Milano 2 Sede legale CORSO ITALIA, 19 20122 MILANO protocollogenerale@pec-ats-milano.it 02/85783323	EMILIA ROMAGNA
	Sede Territoriale ex ASL Milano 1 ed ex ASL Lodi Via per Cesate, 62 - 20024 Garbagnate Milanese (MI) protocollogenerale@pec-ats-milano.it 02/49510408	CAMPANIA TRENTINO VALLE D'AOSTA
PAVIA	VIALE INDIPENDENZA, 3 27100 PAVIA protocollo@pec.ats-pavia.it 0382-431245	SARDEGNA

Serie Avvisi e Concorsi n. 52 - Venerdì 27 dicembre 2019

ATS	Sedi territoriali a cui indirizzare l'istanza di riesame	Regione di residenza
MONTAGNA	Sede Territoriale di Sondrio VIA NAZARIO SAURO, 38 23100 SONDRIO protocollo@pec.ats-montagna.it Tel. 0342-555718	UMBRIA PUGLIA
	Sede Territoriale Valcamonica VIA NISSOLINA, 2 25043 BRENO - BS protocollo@pec.ats-montagna.it Tel. 0364-329217	SICILIA

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità a pena di inammissibilità. Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2019.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio protocollo se consegnata a mano o la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna per le domande inviate tramite PEC. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o la fotocopia del frontespizio della domanda, se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda.

L'Amministrazione non si assume responsabilità in caso di mancato recapito dovuto a:

- errata indicazione del recapito da parte del richiedente;
- mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato in domanda;
- eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

L'iscrizione alle graduatorie è valida esclusivamente per l'anno di riferimento e la domanda di inserimento/aggiornamento deve essere presentata ogni anno ai fini dell'inclusione in graduatoria regionale.

Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno 2020, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno 2019 nonché eventuali titoli di servizio non presentati nelle graduatorie precedenti.

Ai fini della attribuzione dei punteggi, le autocertificazioni devono essere tali da poterne consentire la valutazione dei titoli e dei servizi prestati. Per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute.

Nota bene

- 1 - Ai sensi dell'art. 15 - comma 8 - dell'Accordo collettivo nazionale vigente della Medicina Generale i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività (assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza Sanitaria Territoriale) di cui all'ACN vigente, non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria del settore e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
- 2 - Ai sensi dell'art. 16 - comma 5 - dell'Accordo collettivo nazionale vigente della medicina generale le attività di servizio svolte durante i periodi formativi (corso in medicina generale, scuole di specializzazioni) non sono valutabili.
- 3 - Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto all'art. 16, comma 1, punto I, lettera d) dell'ACN vigente. Non può essere calcolato il punteggio per entrambe contemporaneamente.
- 4 - I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. L'unica eccezione è rappresentata dalla reperibilità nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale di cui alla lettera J).
- 5 - Eventuali periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza (art. 16, comma 4, ACN vigente).
- 6 - A parità di punteggio complessivo in graduatoria prevalgono nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.

Nota bene

- 1 - Ai sensi dell'art. 15 - comma 3 - dell'Accordo collettivo nazionale vigente della pediatria di libera scelta, i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del citato Accordo, non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
- 2 - Ai sensi dell'Allegato 1 comma 3 dell'Accordo collettivo nazionale vigente della pediatria di libera scelta, i titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio svolte durante la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere b) e c) dell'allegato 1 dell'ACN 21 giugno 2018. Eventuali punteggi già assegnati saranno recuperati retroattivamente.
- 3 - **A parità di punteggio complessivo in graduatoria prevalgono nell'ordine, l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e infine la minore età.** Si precisa che potranno iscriversi in graduatoria anche i medici che acquisiranno entro il 15 settembre 2020 l'attestato di formazione in medicina generale o il diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti (**il titolo andrà fatto pervenire entro il 15 settembre 2020 anche tramite l'autocertificazione**).

I fac-simili delle domande potranno essere scaricati anche dal sito internet www.regione.lombardia.it / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e socio-sanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata.

Marco Salmoiraghi



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
Medicina Generale**

**Imposta
di Bollo
€ 16**

VALIDA PER L'ANNO 2021

Primo inserimento

Aggiornamento

Alla A.T.S. di.....
Via.....
Città.....

Il sottoscritto Dott. _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____
Prov. _____ Indirizzo _____ n. _____
C.A.P. _____ n. Tel. _____ e-mail _____
PEC _____
ATS di residenza _____

Inoltra domanda

d'iscrizione/aggiornamento nella graduatoria regionale della Medicina Generale valida per la partecipazione agli incarichi a tempo indeterminato dell'anno 2021, per il settore di: **(barrare la lettera d'interesse)**

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale

N.B. La domanda non può essere inviata per il settore nel quale si è già titolari di incarico a tempo indeterminato

Esprime inoltre la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione (MAP) o a tempo determinato (CA) della/e ATS
per il settore di: **(barrare la lettera d'interesse):**

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale

Coloro che chiedono l'inserimento nella Emergenza Sanitaria territoriale devono essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza territoriale.

[Digitare il testo]

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la PEC indicata
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

c/o _____ Comune _____ Prov _____

Indirizzo _____ N _____ CAP _____

Data _____ Firma _____

_____ • _____

Richiesta di inserimento/aggiornamento nelle graduatorie regionali di medicina generale valide per l'anno 2021. *

- AUTOCERTIFICAZIONE -

Il sottoscritto Cognome Nome

ai sensi e agli effetti dell' art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 recante il Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

1. Di essere cittadino:

- italiano,
 o di altro Paese appartenente alla UE, incluse eventuali ulteriori equiparazioni disposte dalle leggi vigenti in ottemperanza ad accordi bilaterali tra l'Italia ed altri Stati(indicare quale Paese)

2. Di NON trovarsi nelle condizioni di cui all'art 17, comma 2 dell'ACN vigente:

- lettera b): fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15/10/1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
- lettera f): fruisca del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei Medici che beneficiano delle sole prestazioni previdenziali erogate della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM

Sezione: Titoli accademici e di studio

1. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di.....
 n. iscrizione data iscrizione (gg/mm/aa),

2. Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di.....
 in data..... (gg/mm/aa), con voto

3. Di aver conseguito l'abilitazione in Medicina e Chirurgia il in data..... (gg/mm/aa),

4. Di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale:
 corso di formazione relativo al triennio.....
 data inizio corso..... data fine corso.....
 data esame finale..... presso

oppure

che acquisirà entro il 15/09/2020 l'attestato di formazione in medicina generale:
 corso di formazione relativo al triennio..... data inizio corso.....

(il titolo andrà fatto pervenire entro il 15/09/2020 anche tramite l'autocertificazione)

oppure

di aver conseguito l'abilitazione in Medicina e Chirurgia entro il 31/12/1994.

5. Di essere in possesso della specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale o ai sensi del D.M. 10/03/1983 tab. B e successive integrazioni:

Specializzazione in.....
data inizio corso data fine corso.....presso.....

6 Di conoscere la lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE)

Certificato livello conseguito il presso.....

7 Di conoscere i principali programmi informatici documentati dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL)

Patente Europea conseguita il.....presso.....

8 Di essere titolare/ non essere titolare/ di incarico a tempo indeterminato nel settore di:

- Assistenza primaria
- Continuità assistenziale
- Emergenza Sanitaria Territoriale

I Medici che chiedono l'inserimento nella graduatoria di **Emergenza Sanitaria Territoriale** devono possedere anche l'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza, ai sensi dell'art. 96 del DPR n. 270/2000

attestato di 300 ore conseguito il..... presso

Sezione: Titoli di servizio

9 Attività, sia a tempo indeterminato che con incarico provvisorio, di medico di assistenza primaria convenzionato **nella Regione Lombardia**

dal..... al..... presso ATS

dal..... al..... presso ATS

dal..... al..... presso ATS

10 Attività, sia a tempo indeterminato che con incarico provvisorio di medico di assistenza primaria convenzionato **fuori dalla Regione Lombardia;**

dal..... al..... presso la RegioneATS

dal..... al..... presso la RegioneATS

dal..... al..... presso la RegioneATS

11 Attività di **sostituzione del medico di assistenza primaria** convenzionato con il SSN solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (**vedi allegato " A1 " per la compilazione**);

dal..... al..... presso ATS

dal..... al..... presso ATS

20 Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi dell' ACN vigente.

vedi allegato " E " per la compilazione;

(si precisa che questa è l'unica attività cumulabile e che quindi si somma alle altre svolte eventualmente nello stesso periodo)

21 Attività , anche in forma di **sostituzione , di pediatra di libera scelta** se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi;

dal..... al..... presso ATS Medico
 dal..... al..... presso ATS Medico
 dal..... al..... presso ATS Medico
 dal..... al..... presso ATS Medico
 dal..... al..... presso ATS Medico

22 Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e Medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di **assistenza sanitaria ai naviganti**

dal..... al.....presso
 dal..... al.....presso
 dal..... al.....presso
 dal..... al.....presso
 dal..... al.....presso

23 Di aver svolto il **servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile)** anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un **massimo di 12 mesi**, svolto **dopo** il conseguimento del diploma di laurea in medicina

dal..... al presso.....

24 Di aver svolto il **servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) in concomitanza di incarico conferito dalla ATS nell'area della medicina generale** ai sensi dell' ACN vigente e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico presso

ATS didal al.....

25 Di aver svolto il **servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari** o di solidarietà sociale ai sensi della L. 64/2001, svolto **dopo** il conseguimento del diploma di laurea in medicina

dal.....al..... presso.....

26 Di aver svolto il **servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale in concomitanza di incarico nell'area della medicina generale** conferito dalla Azienda ai sensi dell' ACN vigente e , comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico

ATS didal al.....

27 Attività di **Ufficiale medico militare in SPE** (Servizio Permanente Effettivo), di medico della polizia di Stato

dal.....al..... presso.....
 dal.....al..... presso.....
 dal.....al..... presso.....

28 Servizio prestato presso Aziende Termali (con le modalità di cui all'art. 8 della Legge 24 Ottobre 2000, n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale
dal.....al..... presso.....
dal.....al..... presso.....
dal.....al..... presso.....

29 Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi della Legge 11 agosto 2014 n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del DM 1° settembre 1988 n. 430
dal al.....Stato Europeo.....
dal al.....Stato Europeo.....

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'ATS presso cui ha presentato domanda di inserimento/aggiornamento eventuali incarichi a tempo indeterminato che gli verranno assegnati in Regione Lombardia o in altre Regioni.

Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Data..... Firma del dichiarante..... (2)

Ai fini della attribuzione dei punteggi, gli atti notori e le autocertificazioni devono essere tali da poterne consentire la valutazione; non si terrà conto delle dichiarazioni dalle quali non è possibile dedurre i dati di valutazione.

(1) Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, **la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.**

Allegato A1

Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il SSN solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiore a 5 giorni continuativi – Allegato A1

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

dal..... al.....medicoATS

FIRMA _____

Allegato " A "

Attività di Continuità assistenziale

Cognome Nome

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di continuità assistenziale

A N N O

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

A N N O

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

FIRMA _____

Allegato " B "

Attività nella Emergenza Sanitaria territoriale

Cognome Nome

Servizio effettivo con incarico a tempo determinato, indeterminato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale.

A N N O

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....
Febbraio	dal.....	al.....
Marzo	dal.....	al.....
Aprile	dal.....	al.....
Maggio	dal.....	al.....
Giugno	dal.....	al.....
Luglio	dal.....	al.....
Agosto	dal.....	al.....
Settembre	dal.....	al.....
Ottobre	dal.....	al.....
Novembre	dal.....	al.....
Dicembre	dal.....	al.....

A N N O

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....
Febbraio	dal.....	al.....
Marzo	dal.....	al.....
Aprile	dal.....	al.....
Maggio	dal.....	al.....
Giugno	dal.....	al.....
Luglio	dal.....	al.....
Agosto	dal.....	al.....
Settembre	dal.....	al.....
Ottobre	dal.....	al.....
Novembre	dal.....	al.....
Dicembre	dal.....	al.....

FIRMA _____

Allegato " C "

Attività nella Medicina dei Servizi

Cognome Nome

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi.

A N N O

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

A N N O

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

FIRMA _____

Allegato " D "

Attività nei Servizi territoriali programmati

Cognome Nome

Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate.

A N N O
Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

A N N O
Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

FIRMA _____

Allegato " E "

Reperibilità nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale

Cognome Nome

Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi dell' ACN vigente.

A N N O

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

A N N O

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

FIRMA _____

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 ATS di riferimento

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ATS

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ATS

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Agenzia della formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2020 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 21 giugno 2018;

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 Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della regione Lombardia all'indirizzo: / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata

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.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano *"l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"*. Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

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 la conferma dell'esistenza o meno di propri 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 e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- 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) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

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 alla ATS di riferimento

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, lì

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....

— • —



Regione Lombardia

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
VALIDA PER L'ANNO 2021**

**Imposta
di Bollo € 16**

Primo inserimento**Aggiornamento**

Alla A.T.S. di.....
Via.....
Città.....

Il/la-sottoscritto/a dott. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____

Prov. _____ Indirizzo _____ n. _____

C.A.P. _____ n. Tel. _____

Pec _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto/confermato nella graduatoria regionale di Pediatri di libera scelta valida per la partecipazione agli incarichi a tempo indeterminato dell'anno 2021

N.B. La domanda non può essere inviata se si è già titolari di incarico a tempo indeterminato

ACCLUDE:

- richiesta di inserimento/aggiornamento nella graduatoria regionale di Pediatri di libera scelta- Autocertificazione.

- esprime inoltre la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione della/e ATS.....:

(barrare la risposta d'interesse):

SI

NO

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la PEC indicata

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

c/o _____ Comune _____ Prov _____

Indirizzo _____ N _____ CAP _____

Data.....

Firma

_____ • _____

Richiesta di Inserimento/Aggiornamento nella graduatoria regionale di Pediatri di Libera Scelta- valida per l'anno 2021

- AUTOCERTIFICAZIONE -

Il sottoscritto Cognome Nome.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative

DICHIARA

1. Di essere cittadino:

- italiano,
- o di altro Paese appartenente alla UE, incluse eventuali ulteriori equiparazioni disposte dalle leggi vigenti in ottemperanza ad accordi bilaterali tra l'Italia ed altri Stati(indicare quale Paese)

2. Di NON trovarsi nelle condizioni di cui all'art 17, comma 1 dell'ACN vigente:

lettera f): fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15/10/1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;

lettera j): fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei Medici che beneficiano delle sole prestazioni previdenziali della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM

Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di.....
dal..... n. iscrizione

Sezione I – Titoli accademici e di studio

1. Di essere in possesso del **diploma di laurea in Medicina e Chirurgia** conseguito presso l'Università di.....in data con voto

2. Di aver conseguito la **Specializzazione in Pediatria** , il presso voto nella specializzazione

periodo di frequenza dal al.....

oppure

che acquisirà entro il 15/09/2020 il Diploma di Specializzazione in.....
data inizio corso.....

(il titolo andrà fatto pervenire entro il 15/09/2020 anche tramite l'autocertificazione)

3. **Specializzazione in disciplina equipollente a Pediatria** ai sensi della tabella B del DM 30.01.1998 e s.m.i. .

Denominazione disciplina..... conseguita il
..... presso..... voto nella
specializzazione o disciplina equipollente..... periodo di
frequenza dal.....al.....

4. **Specializzazione in disciplina affine alla Pediatria ai sensi** della tabella B del DM 30.01.1998 e s.m.i. Denominazione disciplina conseguita il presso..... voto nella specializzazione o disciplina equipollente..... periodo di frequenza dal.....al.....

5. **Specializzazione in discipline diverse da quelle ai punti precedenti.** Denominazione disciplina conseguita il presso.....voto nella specializzazione o disciplina equipollenteperiodo di frequenza al.....al.....

6. **Conoscenza della lingua inglese** documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE)
Certificato livello.....conseguito il.....presso.....

7. **Conoscenza dei principali programmi informatici** documentati dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL)
Patente Europea conseguita il.....presso.....

Sezione II – Titoli di Servizio

8. **Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato** ai sensi dell'art. 48 della

legge n.833/78 e dell'art. 8 – comma 1 – del decreto legislativo 502/92 e 517/93 con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione

dal.....al.....presso ♦.....

dal.....al.....presso ♦.....

dal.....al.....presso ♦.....

9. Attività di sostituzione dello specialista pediatra per attività sindacale

dal.....al..... numero ore.....medico ♦..... ATS

dal..... al.....numero ore.....medico ♦..... ATS

dal..... al.....numero ore.....medico ♦..... ATS

10. Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, **nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale** e di assistenza primaria **vedi allegato A** per la compilazione.

11. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle ATS

dal..... al..... A.S.L o ATS

dal..... al..... A.S.L o ATS

dal..... al..... A.S.L o ATS

12. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal..... al..... presso.....

13. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 11 agosto 2014 n. 125, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430:

dal..... al.....presso.....

dal..... al.....presso.....

dal..... al.....presso.....

14. Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche:

dal.....al.....Struttura.....

dal.....al.....Struttura.....

dal.....al.....Struttura.....

◆ inserire il nome del medico sostituito

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'ATS presso cui ha presentato domanda di inserimento eventuali incarichi a tempo indeterminato che gli verranno assegnati in Regione Lombardia o in altre Regioni.

Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Luogo e data..... (2) Firma del dichiarante.....

(1) Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

*(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, **la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.***

_____ • _____

ALLEGATO "A "

Cognome.....Nome.....

Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale

ANNO _____

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di			
Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

ANNO _____

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di			
Gennaio	dal.....	al.....	ore
Febbraio	dal.....	al.....	ore
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

Firma

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'all. " A ".

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 ATS di riferimento

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ATS

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ATS

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Agenzia della formazione della graduatoria regionale della pediatria di libera scelta valida per l'anno 2020 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 21 giugno 2018;

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 Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della regione Lombardia all'indirizzo: / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata

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.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

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 la conferma dell'esistenza o meno di propri 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 e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- 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) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

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 alla ATS di riferimento

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, lì

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....