



Regione Lombardia

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

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

12 Attività di **sostituzione** del medico di assistenza primaria convenzionato con il SSN dovuta ad **attività sindacale** anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi

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

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

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

13 Servizio effettivo di **Medico di continuità assistenziale** con incarico a tempo indeterminato o determinato, **vedi allegato " A " per la compilazione – Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo di settore.**

14 Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella **emergenza sanitaria territoriale** - **vedi allegato " B "** per la compilazione;

15 Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella **medicina dei servizi territoriali** - **vedi allegato " C "** per la compilazione;

16 Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di **medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN**, presso gli Istituti penitenziari

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

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

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

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

17 Attività di **medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari, sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia**, ai sensi della L.9.10.1970 n. 740

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

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

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

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

18 Servizio effettivo nelle **attività territoriali programmate** - **vedi allegato " D "** per la compilazione;

19 **Attività medica di assistenza ai turisti** organizzata dalle Regioni o dalle Aziende;

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

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

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

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

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.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS
dal.....	al.....	medico	ATS

FIRMA _____

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 _____

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 _____

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 _____

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, li

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.....