

**DECRETO DEL DIRIGENTE SETTORE RAPPORTI DI LAVORO E CONTRATTI DEL
PERSO-NALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO DEL SSR 28/10/2019 N. 6475**

Publicazione di avviso per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, individuati al 1° settembre 2019, dalle Aziende del Sistema Sanitario Regione Liguria, ai sensi dell'art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29/07/2009, sostituito dall'art. 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 21/06/2018. Contestuale annullamento decreto dirigente n. 6337 del 23/10/2019.

IL DIRIGENTE

omissis

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente riportate,

DI PUBBLICARE, ai sensi dell'art. 92, comma 3, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 21/06/2018, sostituito dall'art. 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 21 giugno 2018, nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. 44, parte II, di mercoledì 30 ottobre 2019, il presente provvedimento per estratto e l'avviso per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati dalle Aziende del Sistema Sanitario Regione Liguria al 1° settembre 2019, allegato al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante e sostanziale;

DI DISPORRE la contestuale pubblicazione dell'avviso sul sito internet della Regione Liguria;

DI DARE ATTO che l'avviso riporta:

- l'elenco degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale al 1° settembre 2019;
- le modalità di partecipazione, i criteri di graduazione e le procedure di assegnazione degli incarichi, ai sensi dell'art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 21/06/2018 e in attuazione dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019;
- la comunicazione relativa alla procedura per il conferimento degli incarichi ai medici in possesso dei requisiti di cui alla Deliberazione della G.R. n. 1145 del 21/12/2018, ai sensi dell'Accordo Integrativo tra la Regione Liguria e le OO.SS. della Medicina Generale che ne individua le modalità di partecipazione.
- in allegato: i modelli di domanda, l'Allegato L "dichiarazione sostitutiva di atto notorio, il Modello E, le informative per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 679/2016 (RGPD), rese dalle Aziende del Sistema Sanitario Regione Liguria interessate dalle carenze;

DI DARE ATTO, altresì, che ai sensi dell'Accordo integrativo regionale sottoscritto con le OO.SS. della Medicina Generale in data 19 aprile 2019, approvato con D.G.R. n. 382 del 10/05/2019 e pubblicato nel BURL n. 22, parte II, del 29/05/2019, in esito alle procedure di conferimento degli incarichi di cui all'avviso allegato, qualora uno o più incarichi rimanessero vacanti, le Aziende interessate avvieranno la procedura per la partecipazione dei Medici in possesso dei requisiti di cui alla D.G.R. n. 1145 del 21/12/2018, alle condizioni e con le modalità dallo stesso accordo individuate;

DI NOTIFICARE il presente provvedimento alle Aziende del Sistema Sanitario Regione Liguria, per il seguito di competenza e per opportuna conoscenza;

DI INFORMARE della presente pubblicazione le OO.SS. della Medicina Generale rappresentative a livello regionale e gli Ordini Provinciali dei Medici e degli Odontoiatri della Liguria;

DI ANNULLARE il proprio precedente decreto n. 6317 del 22/10/2019 ad oggetto “Pubblicazione di avviso per l’assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, individuati al 1° settembre 2019, dalle Aziende del Sistema Sanitario Regione Liguria, ai sensi dell’art. 92 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29/07/2009, sostituito dall’art. 7 dell’Accordo Collettivo Nazionale del 21/06/2018.”;

A vverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso giurisdizionale al T.A.R. entro 60 giorni o, alternativamente, ricorso amministrativo straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni dalla notifica, pubblicazione o comunicazione dello stesso.

IL DIRIGENTE
Francesco Quaglia

(segue allegato)

REGIONE LIGURIA

Dipartimento Salute e Servizi Sociali

Settore Rapporti di Lavoro e Contratti del Personale Dipendente e Convenzionato del SSR

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2009 e integrato/modificato con Accordo Collettivo Nazionale sancito con Atto d'intesa del 21/06/2018.

**AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI
INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
CARENZE AL 1° SETTEMBRE 2019**

In adempimento alle disposizioni di cui all'art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29 luglio 2009, **sostituito dall'art. 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 21/06/2018**, ed in attuazione **dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019**, si pubblica, ai fini della relativa assegnazione, il seguente elenco degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, individuati alla data del 1° settembre 2019 dalle Aziende del Sistema Sanitario Regione Liguria a seguito di verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale:

AZIENDA	INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
ASL 1	n. 10 incarichi pari a 309 ore settimanali
ASL 2	n. 6 incarichi di 38 ore settimanali
ASL 3	n. 12 incarichi di 38 ore settimanali
ASL 4	Nessuna carenza
ASL 5	n. 1 incarico di 38 ore settimanali
Ospedale Policlinico San Martino di Genova	n. 6 incarichi di 38 ore settimanali

Medici aventi titolo a partecipare e criteri di graduazione

Ai sensi dell'art. 92 comma 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale ACN MMG 21/06/2018, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 96 dell'ACN MMG 29/07/2009.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi, secondo il seguente ordine:

- a) **per trasferimento, ai sensi dell'art. 92 comma 6 lettera a) ACN**, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in **un'Azienda della Regione Liguria** o in **un'Azienda di altra Regione**, a condizione che risultino titolari rispettivamente **da almeno un anno e da almeno due anni** dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza

di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto, per questo, può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Tali medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009. A parità di posizione, i medici sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

- b) **per graduatoria, ai sensi dell'art. 92 comma 6 lettera b) ACN**, i medici inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale della Regione Liguria valida per l'anno in corso, **con precedenza per i medici iscritti nella graduatoria regionale di settore di emergenza sanitaria territoriale**, in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

I) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III dell'Accordo Collettivo Nazionale;

II) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della Regione Liguria, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

III) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante di cui al presente avviso.

Tali medici sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale valevole per l'anno in corso, con priorità per i medici inseriti nella graduatoria regionale di settore di emergenza sanitaria territoriale.

- c) **ai sensi dell'art. 92 comma 6 lettera c) ACN**, i medici che, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2014-2017, o precedenti, hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale oltre il termine utile per l'inserimento nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno in corso a causa di ritardi dovuti ad impedimenti temporanei di cui all'art. 24 comma 5 del D.lgs. 368/1999 e s.m.i. (servizio militare, gravidanza e malattia) o ragioni e circostanze a loro non imputabili (ampliamento del termine per lo scorrimento della graduatoria degli idonei, ritardo nella sessione di esame finale) e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale.

Tali medici partecipano autocertificando il possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale e l'attestato di idoneità all'esercizio dell'Attività di emergenza di cui all'art. 96 dell'ACN MMG 29/07/2009, all'atto della presentazione della domanda di cui al presente avviso e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

- c1) **i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale** conseguito a seguito della frequenza del corso relativo al triennio 2015/2018, che hanno presentato domanda di inserimento nella graduatoria regionale di medicina generale della Liguria valevole per l'anno 2020 ed in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale.

Tali medici partecipano autocertificando il possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale e dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza di cui all'art. 96 dell'ACN MMG 29/07/2009, all'atto della presentazione della domanda per la partecipazione all'assegnazione degli incarichi di cui al presente avviso e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

- a) **In attuazione dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019**, i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Liguria ed in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza di cui all'art. 96 dell'ACN MMG 29/07/2009.

Tali medici concorrono al conferimento degli incarichi per i quali hanno presentato domanda nei termini di cui al presente avviso, solo in caso di mancata assegnazione ai medici di cui alle precedenti lettere a), b), c) e c1).

I medici di cui alla presente lettera sono graduati nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima); a parità di annualità di frequenza, in attuazione dell'art. 92 commi 11 e 13, dell'ACN MMG 21/06/2018, sono graduati in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea e all'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti, alla data di pubblicazione del presente avviso, nel territorio aziendale ove insiste la carenza, in seguito in Regione e da ultimo fuori Regione.

Ai sensi dell'art. 92 comma 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 21/06/2018, i medici già titolari di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti in elenco solo per trasferimento, alle condizioni previste dalla lettera a) e non per graduatoria.

Modalità e termine di presentazione delle domande di partecipazione

Gli aspiranti al conferimento degli incarichi, **entro 20 (venti) giorni** dalla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria, devono presentare **domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, direttamente a ciascuna Azienda del Sistema Sanitario Regione Liguria che ha individuato gli incarichi vacanti per i quali intendono partecipare, obbligatoriamente mediante utilizzo dei seguenti modelli, allegati al presente avviso:**

- “Mod. EST a)” in caso di partecipazione per trasferimento ai sensi della lettera a);
- “Mod. EST b)” in caso di partecipazione per graduatoria ai sensi della lettera b);
- “Mod. EST c) c1)” in caso di partecipazione ai sensi delle lettere c) e c1);
- “Mod. EST d)” in caso di partecipazione ai sensi della lettera d).

Unitamente alla domanda gli aspiranti medici devono presentare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta secondo lo schema di cui all'**Allegato L** dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG del 29/07/2009, con la quale devono dichiarare se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamento di pensione, o se si trovino in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 ACN MMG 29/07/2009 e ss.mm.ii. Eventuali situazioni di incompatibilità devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

In sede di domanda gli aspiranti medici devono **obbligatoriamente** dichiarare di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, in allegato al presente bando, rilasciata dall'Azienda a cui la domanda è indirizzata.

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

La domanda, **in bollo (€ 16,00)**, corredata di **Allegato L**, di **fotocopia di documento di identità in corso di validità** e di **Modello E**, deve essere indirizzata e trasmessa direttamente a ciascuna Azienda del Sistema Sanitario Regione Liguria che ha individuato gli incarichi vacanti per i quali il medico partecipa.

La domanda deve essere trasmessa all'Azienda esclusivamente con **spedizione tramite posta elettronica certificata (PEC)**.

Si indicano di seguito, per ciascuna Azienda, i riferimenti degli uffici ai quali la domanda deve essere indirizzata e gli indirizzi di PEC ai quali deve essere spedita:

- ◆ **ASL 1 Sistema Sanitario Regione Liguria** – Dipartimento Cure Primarie - S.C. Medicina Convenzionata e protesica – Via Aurelia, 97 – 18038 Bussana di Sanremo (IM) – indirizzo PEC: protocollo@pec.asl1.liguria.it .
- ◆ **ASL 2 Sistema Sanitario Regione Liguria** – S.C. Risorse Umane – S.S. Gestione Giuridica - Via Manzoni, 14 – 17100 Savona (SV) – indirizzo PEC: protocollo@pec.asl2.liguria.it.
- ◆ **ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria** – Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali - S.S.D. Gestione Rete medici convenzionati aziendali – Via Bertani, 4 - 16125 Genova – indirizzo PEC: protocollo@pec.asl3.liguria.it .
- ◆ **ASL 5 Sistema Sanitario Regione Liguria** – S.C. URP ed Attività Ospedale-Territorio – Via Fazio, 30 – 19121 La Spezia (SP) – indirizzo PEC: protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it .
- ◆ **Ospedale Policlinico San Martino IRCCS** – U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane – Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova (GE) – indirizzo PEC: protocollo@pec.hsanmartino.it .

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile farà fede l'avviso di consegna di Posta Elettronica Certificata (PEC).

La domanda, in bollo, deve essere presentata alla/e Azienda/e mediante utilizzo di modello, tra quelli allegati al presente avviso, afferente alla condizione di partecipazione e, **a pena di esclusione**, deve essere:

- trasmessa tramite posta elettronica certificata (PEC), **entro e non oltre il termine di scadenza** stabilito (20 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso nel BURL e nel sito della Regione Liguria);
- sottoscritta e, sempre a pena di esclusione, devono altresì essere sottoscritti l'Allegato L e il Modello E (da presentare ai fini dell'accertamento dell'assolvimento degli obblighi in materia di imposta di bollo);
- corredata di valido documento di identità.

Pubblicazione delle graduatorie e procedure per l'assegnazione degli incarichi

Ciascuna Azienda del Sistema Sanitario Regione Liguria procede alla valutazione delle domande pervenute in conformità alle condizioni di cui al presente avviso e predispone le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, una per ciascuna delle categorie di partecipanti di cui alle lettere a), b), c), c1) e d), formulate sulla base dei criteri riportati nel presente avviso.

Entro **dieci giorni** dalla data di scadenza del presente avviso, ciascuna Azienda procede alla pubblicazione delle suddette graduatorie nell'albo pretorio online, disponibile sul sito internet aziendale. Entro **15 (quindici) giorni** dalla data di pubblicazione nell'albo online i medici possono presentare istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. Espletate le procedure afferenti alle eventuali istanze di revisione pervenute, l'Azienda convalida in via definitiva le graduatorie.

Ai fini dell'assegnazione degli incarichi, tutti i medici inseriti nelle suddette graduatorie saranno convocati in data, orario e sede che verranno resi noti contestualmente alla suddetta pubblicazione delle graduatorie sul sito delle Aziende del Sistema Sanitario Regione Liguria e verrà altresì fornita, in versione scaricabile, la modulistica necessaria (autocertificazione informativa e modulo di accettazione).

La comunicazione della data, orario e sede di convocazione sul sito dell'Azienda costituisce a tutti gli effetti convocazione ufficiale dei medici ai fini dell'assegnazione degli ambiti territoriali carenti.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi potrà dichiarare all'Azienda del Sistema Sanitario Regione Liguria, mediante comunicazione per posta elettronica certificata (PEC), **inderogabilmente nei 10 giorni antecedenti la data di convocazione** (farà fede l'avviso di consegna della PEC), la propria

disponibilità all'accettazione dell'incarico. Tale dichiarazione dovrà essere resa utilizzando la modulistica, disponibile con la suddetta pubblicazione, **(autocertificazione informativa e modulo di accettazione), corredata da fotocopia di un valido documento di identità.**

La mancata presentazione presso la sede di convocazione e l'assenza/invio tardivo di comunicazione PEC entro il termine indicato, sono considerate rinuncia del medico all'assegnazione di incarico.

I medici convocati devono presentarsi muniti di valido documento di identità.

L'interpello dei medici candidati avviene secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici inseriti nella graduatoria di cui alla lettera a) - **procedura di assegnazione per "trasferimento"**;
- b) medici inseriti nella graduatoria di cui alla lettera b) - **procedura di assegnazione "per graduatoria"**;
- c) c1) medici inseriti nella graduatoria di cui alle lettera c) c1), con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione - **procedura di assegnazione per medici "ai sensi delle lettere c) c1);**
- d) medici inseriti nella graduatoria di cui alla lettera d) - **procedura di assegnazione per medici "ai sensi della lettera d)",** con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito in Regione e da ultimo fuori Regione.

Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare in sede di convocazione di accettare l'incarico o rinunciare all'assegnazione.

Il medico che accetta "per trasferimento" decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 dell'ACN 29/07/2009 e ss.mm.ii devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

L'Azienda procede quindi a formalizzare l'assegnazione degli incarichi e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico.

L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato al medico di cui alle lettere a), b), c) e c1).

L'azienda conferisce l'incarico temporaneo con una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali, al medico di cui alla lettera d). A decorrere dalla data del conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale l'Azienda provvederà ad interrompere la sospensione parziale dell'attività e a trasformare l'incarico a tempo indeterminato, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo da parte del medico.

Procedura per il conferimento degli incarichi ai medici in possesso dei requisiti di cui alla Deliberazione della G.R. n. 1145 del 21/12/2018, ai sensi dell'Accordo Integrativo tra la Regione Liguria e le OO.SS. della Medicina Generale che ne individua le modalità di partecipazione.

Espletate le procedure di conferimento degli incarichi di cui al presente avviso, qualora uno o più incarichi rimanessero vacanti, le Aziende interessate avvieranno la procedura per la partecipazione dei Medici in possesso dei requisiti di cui alla D.G.R. n. 1145 del 21/12/2018, alle condizioni e modalità individuate dall'Accordo integrativo regionale sottoscritto con le OO.SS. di categoria della Medicina Generale in data 19 aprile 2019, approvato con D.G.R. n. 382 del 10/05/2019 e pubblicato nel BURL n. 22, parte II, del 29/05/2019.

ALLEGATI:

1. modello di domanda "**Mod. EST a)**" partecipazione per trasferimento ai sensi della lettera a);
 2. modello di domanda "**Mod. EST b)**" partecipazione per graduatoria ai sensi della lettera b);
 3. modello di domanda "**Mod. EST c) c1)**" partecipazione ai sensi delle lettere c) c1);
 4. modello di domanda "**Mod. EST d)**" in caso di partecipazione ai sensi della lettera d);
 5. allegato L "**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio**";
 6. modello E "**Dichiarazione pagamento imposta di bollo**".
-
- a. informativa per il trattamento dei dati personali ASL 1
 - b. informativa per il trattamento dei dati personali ASL 2
 - c. informativa per il trattamento dei dati personali ASL 3
 - d. informativa per il trattamento dei dati personali ASL 5
 - e. informativa per il trattamento dei dati personali Ospedale Policlinico San Martino GE

REGIONE LIGURIA

Mod. EST a)

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 e Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 21 giugno 2018

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE per trasferimento, ai sensi della lettera a) dell'avviso

Marca da bollo
(€ 16,00)

Spett.le

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____ a far
data dal _____ A.S.L. di residenza _____, e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____, tel/cell _____,
indirizzo di PEC _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 6, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. _____, parte II, del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Azienda	INCARICHI PER I QUALI CONCORRE <i>(riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco presente nell'avviso)</i>
ASL __	n.
Ospedale Policlinico San Martino IRCCS di Genova	n.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

- 1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100;

- 2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- 3) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____.
- 4) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda ASL/ATS _____ di _____, della Regione _____, dal _____;
- 5) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale
 dal _____ al _____ presso la ASL/ATS _____ Regione _____
 dal _____ al _____ presso la ASL/ATS _____ Regione _____
 dal _____ al _____ presso la ASL/ATS _____ Regione _____

con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 18 comma 1 dell'ACN 29/07/2009 di seguito indicati:

dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____
 dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____

- 6) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale
 dal _____ al _____ presso la ASL/ATS _____ Regione _____
 dal _____ al _____ presso la ASL/ATS _____ Regione _____
 dal _____ al _____ presso la ASL/ATS _____ Regione _____

con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 18 comma 1 dell'ACN 29/07/2009 di seguito indicati:

dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____
 dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____

DICHIARA, INOLTRE

- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, resa dall'Azienda in indirizzo, allegata all'avviso.
- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per trasferimento degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale avverrà alle condizioni e con le modalità indicate nell'avviso.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata presso:

l'indirizzo di PEC _____
 la propria residenza _____
 il domicilio sotto indicato:
 c/o _____ Comune _____ CAP _____
 provincia _____ Via/Piazza _____ n. civico _____

Allega alla presente:

- dichiarazione informativa Allegato L.
 fotocopia di documento di identità in corso di validità.
 Modello E

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

REGIONE LIGURIA

Mod. EST b)

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 e Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 21 giugno 2018

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE per graduatoria, ai sensi della lettera b) dell'avviso

Marca da bollo
(€ 16,00)

Spett.le

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____ a far
data dal _____ A.S.L. di residenza _____, e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____, tel/cell _____,
indirizzo di PEC _____

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 6, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. _____, parte II, del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Azienda	INCARICHI PER I QUALI CONCORRE <i>(riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco presente nell'avviso)</i>
ASL __	n. _____
Ospedale Policlinico San Martino IRCCS di Genova	n. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100;

- 2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- 3) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____.
- 4) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009, conseguito presso la ASL _____ della Regione _____ in data _____;
- 5) di essere inserito nella graduatoria regionale di settore di emergenza sanitaria territoriale - di altro settore di attività, di cui all'art. 15 dell'ACN MMG del 29/07/2009, della Regione Liguria, valida per l'anno 2019, con punti _____;
- 6) di essere residente nel Comune di _____ prov. ____ dal (gg/mm/aaaa) _____
Precedenti residenze: indicare (gg/mm/aaaa)
dal _____ al _____ Comune di _____
dal _____ al _____ Comune di _____
dal _____ al _____ Comune di _____
dal _____ al _____ Comune di _____
- 7) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale;
- 8) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la ASL _____ della Regione _____ dal _____;

DICHIARA, INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale;
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, resa dall'Azienda in indirizzo, allegata all'avviso.
- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per graduatoria degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale avverrà alle condizioni e con le modalità indicate nell'avviso.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata presso:

- l'indirizzo di PEC _____.
- la propria residenza.
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____
provincia _____ Via/Piazza _____ n. civico _____

Allega alla presente:

- dichiarazione informativa Allegato L
- fotocopia di documento di identità in corso di validità
- Modello E

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

REGIONE LIGURIA Mod. EST c) c1)

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009 e Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di
Medicina Generale del 21 giugno 2018

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale e dell'attestato di idoneità all'esercizio
dell'attività di emergenza di cui all'art. 96 ACN MMG, ai sensi della lettera c) e della lettera c1) dell'avviso

Marca da bollo
(€ 16,00)

Spett.le

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____ a far
data dal _____ A.S.L. di residenza _____, e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____, tel/cell _____,
indirizzo di PEC _____

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 6, lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
Medicina Generale, e dal punto c1) dell'avviso, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza
sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. _____, parte II, del
_____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Azienda	INCARICHI PER I QUALI CONCORRE <i>(riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco presente nell'avviso)</i>
ASL __	n.
Ospedale Policlinico San Martino IRCCS di Genova	n.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni
mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR
445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

- 1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto ____/110 o ____/100;
- 2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- 3) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____;
- 4) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009, conseguito presso la ASL _____ della Regione _____ in data _____;
- 5) **di partecipare ai sensi della lettera c) dell'avviso e, pertanto:**
di aver frequentato il corso di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) relativo al triennio 2014/2017 / 2013/2016 presso la Regione _____, e di aver conseguito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale oltre il termine utile per la presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2019, in data _____;
- 6) **di partecipare ai sensi della lettera c1) dell'avviso e, pertanto:**
di aver frequentato il corso di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) relativo al triennio 2015/2018 presso la Regione _____ conseguendo il titolo di formazione specifica in Medicina Generale in data _____ e di aver presentato regolare domanda di inserimento nella graduatoria regionale di Medicina Generale della Regione Liguria valevole per l'anno 2020;
- 7) di essere residente nel Comune di _____ prov. _____ dal _____;

DICHIARA, INOLTRE

- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, resa dall'Azienda in indirizzo, allegata all'avviso.
- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale per i quali partecipa avverrà alle condizioni e con le modalità indicate nell'avviso.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata presso:

- l'indirizzo di PEC _____
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:
- c/o _____ Comune _____ CAP _____
- provincia _____ Via/Piazza _____ n. civico _____

Allega alla presente:

- Allegato L
- fotocopia di documento di identità in corso di validità.
- Modello E
- fotocopia del titolo di formazione specifica in medicina generale (*facoltativo*).

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

REGIONE LIGURIA
Mod. EST d)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ai sensi dell'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019
(per i soli medici frequentanti i corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Liguria)

Marca da bollo
(€ 16,00)

Spett.le

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ prov. ____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____ a far
data dal _____ A.S.L. di residenza _____, e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____, tel/cell _____,
indirizzo di PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. _____, parte II, del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Azienda	INCARICHI PER I QUALI CONCORRE <i>(riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco presente nell'avviso)</i>
ASL ____	n.
Ospedale Policlinico San Martino IRCCS di Genova	n.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di..... in data con voto ____/110 o ____/100;

1. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. _____ dell'anno _____, presso l'Università di _____;
2. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____;
3. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009, conseguito presso la ASL _____ della Regione _____ in data _____;
4. di frequentare:

il terzo anno il secondo anno il primo anno

 del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio _____ / _____ istituito presso la **Regione Liguria**, iniziato in data _____.

DICHIARA, INOLTRE

- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, resa dall'Azienda in indirizzo, allegata all'avviso.
- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale avverrà alle condizioni e con le modalità indicate nell'avviso.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata presso:

- l'indirizzo di PEC _____;
- la propria residenza;
- il domicilio sotto indicato:
 c/o _____ Comune _____ CAP _____
 provincia _____ Via/Piazza _____ n. civico _____

Allega alla presente:

- fotocopia di documento di identità in corso di validità.
- Modello E.

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009**

Allegato L

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara formalmente di:

1) essere / non essere titolare di rapporto di **lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale**, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere / non essere e titolare di incarico come medico di **assistenza primaria** ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda

Periodo: dal _____

3) essere / non essere titolare di incarico come medico **pediatra di libera scelta** convenzionato ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda

Periodo: dal _____

4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/ a tempo determinato come **specialista ambulatoriale convenzionato interno**:(1)

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

5) essere / non essere iscritto negli elenchi dei **medici specialisti convenzionati esterni** (1):

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

6) avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere / non essere titolare di incarico di **continuità assistenziale** o di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Liguria o in altra Regione: (1)
 Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in forma attiva
 / in forma di disponibilità
 Periodo: dal _____

8) essere / non essere iscritto a corso di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. L.gs 368/99:
 Denominazione del corso : _____
 Soggetto pubblico che lo svolge _____
 Inizio: dal _____

8 bis) di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, in data _____ presso la Regione _____.

9) operare/ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni:(1)
 Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____

10) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78 (1) :
 Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 tipo di attività _____
 tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____

11) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** (1) o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:
 Azienda _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Periodo: dal _____

12) svolgere/ non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (1)
 Azienda _____ Comune di _____
 Periodo: dal _____

13) avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1)

 Periodo: dal _____

14) essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: (1) _____

15) fruire/ non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal _____

16) svolgere/ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato:
Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____
tipo di attività : _____
Periodo: dal _____

18) operare/ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

19) essere / non essere titolare di trattamento di pensione a: (1)

Periodo: dal _____

20) fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(1)
soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____
Pensionato dal _____

21) avere/non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____

22) essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Albo):

23) avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: (1) _____

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (2)

Si allega fotocopia di documento di identità

Firma apportata alla presenza di: _____

(1) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

(2) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente della P.A. addetto, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 679/2016 (RGPD)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

Titolare del trattamento è il soggetto nei cui confronti l'interessato può esercitare i suoi diritti e cui sono imputabili le scelte di fondo sulle finalità e modalità del trattamento:

AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE N. 1 nella persona del legale Rappresentante il Direttore Generale – DR. MARCO DAMONTE PRIOLI

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Responsabile per la protezione dei dati personali è **AVV. FRANCESCO LOTITO**.....
....., a cui è possibile fare riferimento per avere informazioni rispetto al trattamento dei propri dati personali e al rispetto della propria privacy, come indicato all'interno del Regolamento europeo nei Diritti dell'interessato, ai seguenti recapiti:

0184536991

f.lotito@asl1.liguria.it

FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato da **Azienda Sociosanitaria Ligure n. 1 – Uff. Medicina Convenzionata** per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e), non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento di questa selezione per l'assegnazione delle carenze di medicina generale e pediatria di libera scelta.

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di selezione. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale di cui al presente avviso

DESTINATARI

I seguenti soggetti riceveranno i dati personali in qualità di destinatari:

- **LIGURIA DIGITALE**
- **ENGINEERING SANITA'**
-
-
-
- Altri responsabili quali soggetti eventualmente incaricati dal Titolare o sopraccitato Responsabile per adempiere alla normativa vigente.
- Gli autorizzati dal Titolare e dai sopra citati Responsabili.

ULTERIORI INFORMAZIONI FORNITE AGLI INTERESSATI

I dati personali raccolti senza necessità del Suo consenso per le finalità indicate sopra saranno trattati e conservati per tutta la durata della fruizione del servizio e, dalla data di cessazione del servizio, per qualsivoglia ragione o causa, i dati saranno conservati secondo i termini previsti della legge (ad esempio, sino all'espletamento di tutte le eventuali attività di controllo da parte delle autorità competenti, quali Commissione europea, Corte dei Conti, Autorità di audit, Autorità di certificazione).

L'interessato può esercitare il proprio diritto di richiedere 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, rivolgendosi al Titolare agli indirizzi sopra riportati

L'interessato può proporre reclamo ad un'autorità di controllo. Per l'Italia si può rivolgere al Garante per la protezione dei dati personali, che ha sede in Roma (Italia), Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186

L'interessato non è soggetto ad un processo di decisione automatizzato o a logiche di profilazione finalizzate ad attività di carattere commerciale.

La gestione e la conservazione dei dati personali avviene su server ubicati all'interno dell'Unione europea di proprietà e/o nella disponibilità del Titolare e/o di società terze incaricate, debitamente nominate quali responsabili del trattamento. Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra-UE non è previsto e non viene effettuato.

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'articolo 4, n. 2) del Regolamento, compiute con o senza l'ausilio di sistemi informatici e cioè: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, aggiornamento, conservazione, adattamento o modifica, estrazione ed analisi, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, raffronto, interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione dei dati.

I dati richiesti vengono acquisiti e conservati nei supporti di memorizzazione dei server e sono protetti da misure di sicurezza. L'accesso a tali pagine da parte di soggetti incaricati direttamente da **Azienda Sociosanitaria Ligure n. 1** è strettamente personale e basato sull'utilizzo di credenziali di autenticazione unicamente in possesso dei singoli utenti. È garantita la sicurezza logica e fisica dei dati e, in generale, la riservatezza dei dati personali trattati, mettendo in atto tutte le necessarie misure tecniche e organizzative.

Qualora Lei inviasse facoltativamente e volontariamente posta elettronica agli indirizzi indicati su questo Portale, il Suo indirizzo email e gli eventuali altri dati personali inseriti vengono di conseguenza acquisiti per rispondere alle richieste.

Alcuni dati acquisiti vengono, inoltre, aggregati in forma anonima per produrre delle elaborazioni statistiche i cui principali obiettivi consistono nella erogazione di nuovi servizi personalizzati.

MODIFICHE ALLA PRESENTE INFORMATIVA

La presente informativa potrà subire delle variazioni. Si consiglia quindi di controllare regolarmente questa informativa e di riferirsi alla versione più aggiornata.

**INFORMAZIONI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELLA PROCEDURA
VOLTA A SELEZIONARE MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG del 23 marzo 2005 testo integrato con ACN del 29
luglio 2009 e del 21 giugno 2018**

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 679/2016 (RGPD)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:ASL2 SAVONESE , con sede legale in Savona , via Manzoni 14 nella persona del suo legale rappresentante .Titolare del trattamento è il soggetto nei cui confronti l'interessato può esercitare i suoi diritti e cui sono imputabili le scelte di fondo sulle finalità e modalità del trattamento

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Responsabile per la protezione dei dati personali a cui è possibile fare riferimento per avere informazioni rispetto al trattamento dei propri dati personali e al rispetto della propria privacy, è reperibile al seguente recapito: rpd@asl2

FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei suoi dati personali è necessario per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e), del Regolamento Europeo non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento di questa selezione per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria di cui all' avviso di riferimento e l'espletamento dei successivi adempimenti di legge .

CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di selezione e relativa gestione del successivo rapporto. Il mancato conferimento comporta l'impossibilità di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria, ed è necessario per poter dar corso alla procedura in parola e la loro mancata comunicazione comporta l'impossibilità di esaminare la sua richiesta ovvero, più in generale di dar corso agli incombeni previsti dalla vigente normativa.

DESTINATARI DEI DATI

I dati sono utilizzati ai soli fini della presente procedura e non saranno comunicati ad altri destinatari salvo ciò sia necessario per l' esecuzione di obblighi normativamente previsti (a titolo esemplificativo e non esaustivo Enpam)

ULTERIORI INFORMAZIONI FORNITE AGLI INTERESSATI

I dati personali raccolti , in forza delle disposizioni di legge sopra citate, senza necessità del Suo consenso, saranno trattati e conservati per tutta la durata della fruizione del servizio e, dalla data di cessazione del servizio, per qualsivoglia ragione o causa, i dati saranno conservati secondo i termini previsti della legge .

Rivolgendosi al Titolare all' indirizzo sopra riportato ,l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. dal 15 al 22 del regolamento Europeo ed in particolare

- ✓ Accedere ai propri dati e conoscere chi vi ha avuto accesso (art. 15 Regolamento Europeo);
- ✓ Richiedere l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati (art. 16 Regolamento Europeo);
- ✓ Richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima dei dati, il loro blocco e la limitazione del trattamento se trattati in difformità dalla legge, fatti salvi gli obblighi legali di conservazione (artt. 17 e 18 del Regolamento Europeo);
- ✓ Ricevere, (se possibile) in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento unitamente al diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti qualora:

- Il trattamento si basi sul consenso ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera a), o dell'art. 9, paragrafo 2, lettera a), o su un contratto ai sensi dell'art.6. paragrafo 1, lettera b);
- Il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati (art. 20 del Regolamento Europeo);
- ✓ Opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati (art. 21 del Regolamento Europeo);
- ✓ oltre al diritto alla portabilità dei dati,

Ai sensi dell'art. 13 par. 2 lette. D) e dell'art. 14 par. 2 lett. e) rimane impregiudicato il Suo diritto di rivolgere reclamo al Garante della protezione dei dati personali secondo le modalità descritte nel sito www.garanteprivacy.it.

L'interessato non è soggetto ad un processo di decisione automatizzato o a logiche di profilazione finalizzate ad attività di carattere commerciale o di altro tipo.

La gestione e la conservazione dei dati personali avviene su server ubicati all'interno dell'Unione europea di proprietà e/o nella disponibilità del Titolare e/o di società terze incaricate, debitamente nominate responsabili del trattamento. Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra-UE non è previsto e non viene effettuato.

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'articolo 4, n. 2) del Regolamento Europeo , compiute con o senza l'ausilio di sistemi informatici e cioè: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, aggiornamento, conservazione, adattamento o modifica, estrazione ed analisi, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, raffronto, interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione dei dati.

I dati richiesti vengono acquisiti e conservati nei supporti di memorizzazione dei server e sono protetti da misure di sicurezza. L'accesso a tali pagine da parte di soggetti incaricati direttamente dal direttore della SC medicina di base e specialistica in qualità di Responsabile interno del trattamento dati a ciò espressamente delegato dall' azienda, è strettamente personale e basato sull'utilizzo di credenziali di autenticazione unicamente in possesso dei singoli utenti. È garantita la sicurezza logica e fisica dei dati e, in generale, la riservatezza dei dati personali trattati, mettendo in atto tutte le necessarie misure tecniche e organizzative.

Qualora Lei inviassi facoltativamente e volontariamente posta elettronica agli indirizzi indicati su questo Portale, il Suo indirizzo email e gli eventuali altri dati personali inseriti vengono di conseguenza acquisiti per rispondere alle richieste.

Alcuni dati acquisiti vengono, inoltre, aggregati in forma anonima per produrre elaborazioni statistiche.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 679/2016 (RGPD)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

Titolare del trattamento è il soggetto nei cui confronti l'interessato può esercitare i suoi diritti e cui sono imputabili le scelte di fondo sulle finalità e modalità del trattamento:

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 3 – Via Bertani, 4 – 16125 GENOVA

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Responsabile per la protezione dei dati personali è **Avvocato GIOVANNA DEPETRO c/o S.C. Affari Generali**, a cui è possibile fare riferimento per avere informazioni rispetto al trattamento dei propri dati personali e al rispetto della propria privacy, come indicato all'interno del Regolamento europeo nei Diritti dell'interessato, ai seguenti recapiti:

Telefono 0108497636; fax 0108497635; Mail: protocollo@pec.asl3.liguria.it – rpd@asl3.liguria.it

FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato da **AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 3** per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma I lett. e), non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento di questa selezione per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale.

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di selezione. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale.

DESTINATARI

I seguenti soggetti riceveranno i dati personali in qualità di destinatari:

- **ESTERNI (Enti/Strutture Pubbliche)**
- **INTERNI (A.S.L. n. 3)**

- Altri responsabili quali soggetti eventualmente incaricati dal Titolare o sopracitato Responsabile per adempiere alla normativa vigente.

- Gli autorizzati dal Titolare e dai sopra citati Responsabili.

ULTERIORI INFORMAZIONI FORNITE AGLI INTERESSATI

I dati personali raccolti senza necessità del Suo consenso per le finalità indicate sopra saranno trattati e conservati per tutta la durata della fruizione del servizio e, dalla data di cessazione del servizio, per qualsivoglia ragione o causa, i dati saranno conservati secondo i termini previsti della legge (ad esempio, sino all'espletamento di tutte le eventuali attività di controllo da parte delle autorità competenti, quali Commissione europea, Corte dei Conti, Autorità di audit, Autorità di certificazione).

L'interessato può esercitare il proprio diritto di richiedere 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, rivolgendosi al Titolare agli indirizzi sopra riportati

L'interessato può proporre reclamo ad un'autorità di controllo. Per l'Italia si può rivolgere al Garante per la protezione dei dati personali, che ha sede in Roma (Italia), Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186

L'interessato non è soggetto ad un processo di decisione automatizzato o a logiche di profilazione finalizzate ad attività di carattere commerciale.

La gestione e la conservazione dei dati personali avviene su server ubicati all'interno dell'Unione europea di proprietà e/o nella disponibilità del Titolare e/o di società terze incaricate, debitamente nominate quali responsabili del trattamento. Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra-UE non è previsto e non viene effettuato.

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'articolo 4, n. 2) del Regolamento, compiute con o senza l'ausilio di sistemi informatici e cioè: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, aggiornamento, conservazione, adattamento o modifica, estrazione ed analisi, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, raffronto, interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione dei dati.

I dati richiesti vengono acquisiti e conservati nei supporti di memorizzazione dei server e sono protetti da misure di sicurezza. L'accesso a tali pagine da parte di soggetti incaricati direttamente da A.S.L. N. 3 è strettamente personale e basato sull'utilizzo di credenziali di autenticazione unicamente in possesso dei singoli utenti. È garantita la sicurezza logica e fisica dei dati e, in generale, la riservatezza dei dati personali trattati, mettendo in atto tutte le necessarie misure tecniche e organizzative.

Qualora Lei inviassi facoltativamente e volontariamente posta elettronica agli indirizzi indicati su questo Portale, il Suo indirizzo email e gli eventuali altri dati personali inseriti vengono di conseguenza acquisiti per rispondere alle richieste.

Alcuni dati acquisiti vengono, inoltre, aggregati in forma anonima per produrre delle elaborazioni statistiche i cui principali obiettivi consistono nella erogazione di nuovi servizi personalizzati.

MODIFICHE ALLA PRESENTE NORMATIVA

La presente informativa potrà subire delle variazioni. Si consiglia quindi di controllare regolarmente questa informativa e di riferirsi alla versione più aggiornata.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 679/2016 (RGPD)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

Titolare del trattamento è il soggetto nei cui confronti l'interessato può esercitare i suoi diritti e cui sono imputabili le scelte di fondo sulle finalità e modalità del trattamento: Il COMMISSARIO STRAORDINARIO - Dott.ssa Daniela TROIANO.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Responsabile per la protezione dei dati personali è RPD PER ASL 5 SPEZZINO DOTTOR ALESSANDRO VATTOVANI, a cui è possibile fare riferimento per avere informazioni rispetto al trattamento dei propri dati personali e al rispetto della propria privacy, come indicato all'interno del Regolamento europeo nei Diritti dell'interessato, ai seguenti recapiti: 0187/534300.

FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dal DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e), non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento di questa selezione per l'assegnazione delle carenze di medicina generale e pediatria di libera scelta.

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di selezione. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale di cui al presente avviso.

DESTINATARI

I seguenti soggetti riceveranno i dati personali in qualità di destinatari:

- Liguria Digitale

ULTERIORI INFORMAZIONI FORNITE AGLI INTERESSATI

I dati personali raccolti senza necessità del Suo consenso per le finalità indicate sopra saranno trattati e conservati per tutta la durata della fruizione del servizio e, dalla data di cessazione del servizio, per qualsivoglia ragione o causa, i dati saranno conservati secondo i termini previsti della legge (ad esempio, sino all'espletamento di tutte le eventuali attività di controllo da parte delle autorità competenti, quali Commissione europea, Corte dei Conti, Autorità di audit, Autorità di certificazione).

L'interessato può esercitare il proprio diritto di richiedere 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, rivolgendosi al Titolare agli indirizzi sopra riportati.

L'interessato può proporre reclamo ad un'autorità di controllo. Per l'Italia si può rivolgere al Garante per la protezione dei dati personali, che ha sede in Roma (Italia), Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186

L'interessato non è soggetto ad un processo di decisione automatizzato o a logiche di profilazione finalizzate ad attività di carattere commerciale.

La gestione e la conservazione dei dati personali avviene su server ubicati all'interno dell'Unione europea di proprietà e/o nella disponibilità del Titolare e/o di società terze incaricate, debitamente nominate quali responsabili del trattamento. Il trasferimento all'estero dei dati nei paesi extra-UE non è previsto e non viene effettuato.

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'articolo 4, n. 2) del Regolamento, compiute con o senza l'ausilio di sistemi informatici e cioè: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, aggiornamento, conservazione, adattamento o modifica, estrazione ed analisi, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, raffronto, interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione dei dati.

I dati richiesti vengono acquisiti e conservati nei supporti di memorizzazione dei server e sono protetti da misure di sicurezza. L'accesso a tali pagine da parte di soggetti incaricati direttamente da DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE è strettamente personale e basato sull'utilizzo di credenziali di autenticazione unicamente in possesso dei singoli utenti. È garantita la sicurezza logica e fisica dei dati e, in generale, la riservatezza dei dati personali trattati, mettendo in atto tutte le necessarie misure tecniche e organizzative.

Qualora Lei inviassi facoltativamente e volontariamente posta elettronica agli indirizzi indicati su questo Portale, il Suo indirizzo email e gli eventuali altri dati personali inseriti vengono di conseguenza acquisiti per rispondere alle richieste.

Alcuni dati acquisiti vengono, inoltre, aggregati in forma anonima per produrre delle elaborazioni statistiche i cui principali obiettivi consistono nella erogazione di nuovi servizi personalizzati.

MODIFICHE ALLA PRESENTE INFORMATIVA

La presente informativa potrà subire delle variazioni. Si consiglia quindi di controllare regolarmente questa informativa e di riferirsi alla versione più aggiornata.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 679/2016 (RGPD)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

Titolare del trattamento è il soggetto nei cui confronti l'interessato può esercitare i suoi diritti e cui sono imputabili le scelte di fondo sulle finalità e modalità del trattamento;

Ospedale Policlinico San Martino Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Responsabile per la protezione dei dati personali è il Dr. Giovanni Orengo, a cui è possibile fare riferimento per avere informazioni rispetto al trattamento dei propri dati personali e al rispetto della propria privacy, come indicato all'interno del Regolamento europeo nei Diritti dell'interessato, ai seguenti recapiti:

U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento ed URP

Responsabile della Protezione dei Dati (Reg. UE 679 – 2016)

Largo Rosanna Benzi, 10 16132 GENOVA

Telefono 0105557800 Fax. +39 010 555 6881

e-mail: dpo@hsanmartino.it

FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato da U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e), non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento di questa selezione per l'assegnazione delle carenze di Emergenza Sanitaria Territoriale.

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di selezione. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di partecipare all'assegnazione d'incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui al presente bando.

DESTINATARI

I seguenti soggetti riceveranno i dati personali in qualità di destinatari:

- U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane - Settore Giuridico e settore contabile
- Altri responsabili quali soggetti eventualmente incaricati dal Titolare o sopracitato Responsabile per adempiere alla normativa vigente.
- Gli autorizzati dal Titolare e dai sopra citati Responsabili.

ULTERIORI INFORMAZIONI FORNITE AGLI INTERESSATI

I dati personali raccolti senza necessità del Suo consenso per le finalità indicate sopra saranno trattati e conservati per tutta la durata della fruizione del servizio e, dalla data di cessazione del servizio, per qualsivoglia ragione o causa, i dati saranno conservati secondo i termini previsti dalla legge (ad esempio, sino all'espletamento di tutte le eventuali attività di controllo da parte delle autorità competenti, quali Commissione europea, Corte dei Conti, Autorità di audit, Autorità di certificazione).

L'interessato può esercitare il proprio diritto di richiedere 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, rivolgendosi al Titolare agli indirizzi sopra riportati

L'interessato può proporre reclamo ad un'autorità di controllo. Per l'Italia si può rivolgere al Garante per la protezione dei dati personali, che ha sede in Roma (Italia), Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186