

## COMUNICAZIONE di DISPONIBILITA'

Ex artt. 21 e/o 22 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali:

Il/la sottoscritto/a (cognome/nome) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_;

vista la pubblicazione relativa al \_\_\_\_\_ TRIMESTRE \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dell'incarico A TEMPO \_\_\_\_\_ di N° \_\_\_\_\_ ore settimanali  
nella branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

A tal fine il/la sottoscritto/a **DICHIARA:**

- di  essere,  non essere, incluso nella vigente graduatoria della specialistica ambulatoriale di questa Azienda sede del Comitato Zonale di Monza-Lecco per la sopra indicata branca specialistica nella posizione n. \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di incarico in qualità di specialista/professionista ambulatoriale interno ai sensi dell'ACN con rapporto a tempo  determinato,  indeterminato,  incarico provvisorio/sostituzione, nella branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di incarico in qualità di specialista/professionista come  dipendente,  libero professionista,  altro \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di incarico in qualità di  medico di medicina generale,  specialista pediatra di libera scelta,  medico dipendente del SSN. Anzianità di servizio maturata: Anni \_\_\_\_\_ Mesi \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino italiana o di altro Paese appartenente alla UE (specificare) \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli \_\_\_\_\_ presso l'Ordine provinciale/regionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente (specificare) \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata (specificare) \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



-----  
Compilare questa sezione solo se il turno di riferimento prevede il possesso di particolari capacità professionali ai sensi dell'art. 20 comma 5 del vigente ACN  
-----

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in riferimento alla domanda di partecipazione all'assegnazione dell'incarico relativo al \_\_\_\_ trim. 20\_\_\_\_ nella branca di \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

**DICHIARA**

**di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti nella pubblicazione:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

**Si allega copia digitale del documento d'identità.**



## INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2013 ed in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti nella domanda di partecipazione alle ore per la specialistica ambulatoriale, è diretto esclusivamente alla gestione della procedura relativa alla individuazione dell'avente diritto alle ore pubblicate trimestralmente dall'ASST Monza;
- 2) Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la domanda non potrà essere accolta;
- 3) I dati personali, limitatamente all'esito della pubblicazione, saranno pubblicati sul sito dell'ASST Monza, sezione *Bandi e Concorsi / Personale medico convenzionato*;
- 4) L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- 5) Titolare e Responsabile del Trattamento dei dati è l'ASST Monza.

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Artt. 13 e 23 del D.lgs 196/2003)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui sopra ed

### AUTORIZZA

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della presentazione della domanda di partecipazione all'assegnazione delle ore vacanti della specialistica ambulatoriale.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_