

COMUNICAZIONE di DISPONIBILITA'

Ai sensi 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 _____;

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dell'incarico provvisorio N° _____ di n. 38 ore settimanali della durata di n. 6 mesi, nella branca di neurologia presso la SC Neurologia dell'ASST Monza;

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 l'incarico 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 provvisorio nella branca di neurologia, 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 _____



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 _____

Si allega copia pdf del documento d'identità