



## ACN per la specialistica ambulatoriale

**Oggetto: domanda di assegnazione incarico nella branca di** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dott.(nome cognome) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

(Prov. Di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Specializzato in \_\_\_\_\_ vista la pubblicazione dei turni vacanti del \_\_\_\_\_  
(trimestre ed anno)

**CHIEDE** l'assegnazione degli incarichi di seguito riportati nel seguente ordine di preferenza:

1) \_\_\_\_\_ PER N. \_\_\_\_\_ ORE SETTIMANALI

2) \_\_\_\_\_ PER N. \_\_\_\_\_ ORE SETTIMANALI

3) \_\_\_\_\_ PER N. \_\_\_\_\_ ORE SETTIMANALI

4) \_\_\_\_\_ PER N. \_\_\_\_\_ ORE SETTIMANALI

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di trovarsi **nella seguente posizione lavorativa:**

a) **Tipologia di lavoro e contratto** ( specificare se dipendente a tempo determinato o indeterminato, convenzionato, a tempo determinato o indeterminato, rapporto libero professionale):

\_\_\_\_\_

b) **Attuale sede di lavoro:** \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

c) **Data di Assunzione** \_\_\_\_\_ **Data di fine rapporto** \_\_\_\_\_

d) **Struttura Sanitaria**(specificare se Ats, Inail, Ospedale, ecc. pubblica, privata o privata convenzionata):

Inoltre dichiara di  **essere**  **non essere** incluso nella vigente graduatoria della specialistica ambulatoriale di questo Comitato Zonale per la sopra indicata branca specialistica al posto n. \_\_\_\_  
Qualora, a seguito della nuova individuazione, il monte orario settimanale dovesse superare il tetto massimo consentito, \_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara di rinunciare a \_\_seguent\_\_ incaric \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara altresì, di non trovarsi in stato di quiescenza, ex art. 25 c.1 lett. 1 dell'ACN attualmente vigente.

Data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
con riferimento alla domanda di partecipazione alle ore relative al \_\_\_\_ trim. \_\_\_\_\_  
relative alla 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 dal bando, da documentare:

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di aver Conseguito:

Laurea in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Specializzazione in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(Data), \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

## 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 dalla ASST Nord Milano;
- 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 alla formazione della graduatoria finale, saranno pubblicati sul sito della ASST Nord Milano, sezione dedicata al Comitato Zonale, e presso l'albo aziendale;
- 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 la ASST Nord Milano.

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

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

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 alle ore relative alla specialistica ambulatoriale**

**DATA** \_\_\_\_\_ **(Firma leggibile)** \_\_\_\_\_