

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La **Sottoscritto/a** **Dott./Dott.ssa** (cognome) \_\_\_\_\_  
(nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) in  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell.  
\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ recapito postale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_

(da compilare se **dichiarati per la prima volta** o **se modificati**)

Cod. Fiscale                      Banca \_\_\_\_\_  
Loc. Banca \_\_\_\_\_ Ag. n° \_\_\_\_\_ c/c n° \_\_\_\_\_  
Codice IBAN \_\_\_\_\_ Codice ENPAM \_\_\_\_\_

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

### DICHIARA

**di essere Titolare di incarico ai sensi dell'ACN di settore vigente e di svolgere l'attività nei i presidi sotto indicati:**  
(Barrare in caso negativo)

**ASSL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_**  
Orario settimanale Lun. \_\_\_\_\_ // Mart. \_\_\_\_\_  
Merc. \_\_\_\_\_ // Giov. \_\_\_\_\_  
Ven. \_\_\_\_\_ // Sab. \_\_\_\_\_  
Ore settimanali complessive n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**ASSL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_**  
Orario settimanale Lun. \_\_\_\_\_ // Mart. \_\_\_\_\_  
Merc. \_\_\_\_\_ // Giov. \_\_\_\_\_  
Ven. \_\_\_\_\_ // Sab. \_\_\_\_\_  
Ore settimanali complessive n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**ASSL di \_\_\_\_\_ Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_**  
Orario settimanale Lun. \_\_\_\_\_ // Mart. \_\_\_\_\_  
Merc. \_\_\_\_\_ // Giov. \_\_\_\_\_  
Ven. \_\_\_\_\_ // Sab. \_\_\_\_\_

Ore settimanali complessive n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**ASSL** di \_\_\_\_\_ **Poliambulatorio** di \_\_\_\_\_ **Branca** di \_\_\_\_\_

Orario settimanale Lun. \_\_\_\_\_ // Mart. \_\_\_\_\_  
Merc. \_\_\_\_\_ // Giov. \_\_\_\_\_  
Ven. \_\_\_\_\_ // Sab. \_\_\_\_\_

Ore settimanali complessive n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**ASSL** di \_\_\_\_\_ **Poliambulatorio** di \_\_\_\_\_ **Branca** di \_\_\_\_\_

Orario settimanale Lun. \_\_\_\_\_ // Mart. \_\_\_\_\_  
Merc. \_\_\_\_\_ // Giov. \_\_\_\_\_  
Ven. \_\_\_\_\_ // Sab. \_\_\_\_\_

Ore settimanali complessive n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**ASSL** di \_\_\_\_\_ **Poliambulatorio** di \_\_\_\_\_ **Branca** di \_\_\_\_\_

Orario settimanale Lun. \_\_\_\_\_ // Mart. \_\_\_\_\_  
Merc. \_\_\_\_\_ // Giov. \_\_\_\_\_  
Ven. \_\_\_\_\_ // Sab. \_\_\_\_\_

Ore settimanali complessive n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**ASSL** di \_\_\_\_\_ **Poliambulatorio** di \_\_\_\_\_ **Branca** di \_\_\_\_\_

Orario settimanale Lun. \_\_\_\_\_ // Mart. \_\_\_\_\_  
Merc. \_\_\_\_\_ // Giov. \_\_\_\_\_  
Ven. \_\_\_\_\_ // Sab. \_\_\_\_\_

Ore settimanali complessive n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**I.N.A.I.L.** Località \_\_\_\_\_ Branca di \_\_\_\_\_

Orario settimanale Lun. \_\_\_\_\_ // Mart. \_\_\_\_\_  
Merc. \_\_\_\_\_ // Giov. \_\_\_\_\_  
Ven. \_\_\_\_\_ // Sab. \_\_\_\_\_

Ore settimanali complessive n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**Altro** \_\_\_\_\_ Branca Specialistica \_\_\_\_\_

Orario settimanale Lun. \_\_\_\_\_ // Mart. \_\_\_\_\_  
Merc. \_\_\_\_\_ // Giov. \_\_\_\_\_  
Ven. \_\_\_\_\_ // Sab. \_\_\_\_\_

Ore settimanali complessive n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ tipologia incarico \_\_\_\_\_

**Totale complessivo** ore settimanali espletate. n° \_\_\_\_\_

## **DICHIARA ancora di :**

1. di essere / non essere (1) titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare / non esercitare (1) attività, ovvero di essere / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2;
5. di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'articolo 21 e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'articolo 22;
6. di esercitare / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN che non adottino le clausole economiche del presente Accordo, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;
7. di svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
8. di fruire / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
9. di operare / non operare (1) a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;
10. di essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
11. di essere / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
12. di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto, o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'articolo 54.

La eventuale situazione di incompatibilità a carico dello specialista, del veterinario o del professionista, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità.

La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità prevista dal presente Accordo comporta la decadenza dell'incarico convenzionale, come previsto ai sensi dell'articolo 38, comma 3 ovvero la revoca, come previsto all'articolo 38, comma 2, in riferimento all'Allegato 6, comma 2, lettera d), punto VII.

NOTE (3)

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

Si allega documento di identità valido

- 
- (1) cancellare la parte che non interessa
  - (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità
  - (3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

## **INFORMATIVA PRIVACY**

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali ATS Sardegna, con sede legale in Sassari Via E. Costa 57, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di mobilità intraaziendale ai sensi dell'ACN Specialistica Ambulatoriale di settore.

Per le finalità espresse nella presente informativa, saranno trattati solo dati personali e dati particolari, come meglio specificato, per ottemperare agli obblighi contrattuali e normativi, nell'ambito della procedura di mobilità intraaziendale, oltre che per ottemperare ad eventuali norme nazionali o dell'Unione Europea che dovessero impattare sulla gestione di tale istituto.

**Finalità del trattamento:** le finalità del trattamento sono l'esecuzione dell'ACN di settore vigente e delle normative connesse al rapporto di lavoro.

La base giuridica del trattamento si può individuare negli obblighi contrattuali e più in generale, in tutte le norme che impattano sul rapporto di lavoro (*art. 6 lett. b, c per quanto concerne i dati personali e art.9 lett. b per quanto riguarda i dati particolari*).

**Conservazione:** i dati forniti saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e successivamente, per il tempo previsto dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti applicabili.

Il trattamento è effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza indicate dal Regolamento EU/2016/679 e dal D.lgs 196/2003 e ss.mm.ii. I dati verranno conservati nell'ottica della massima tutela della riservatezza e dell'integrità dei medesimi, non solo nella fase di conservazione, ma anche durante le fasi di trattamento.

Il mancato conferimento dei Suoi dati per la presente finalità ha come conseguenza l'impossibilità di processare l'istanza di mobilità intraaziendale di Specialistica Ambulatoriale.

**Diffusione:** i dati non saranno diffusi.

**Destinatari:** i dati forniti saranno trattati esclusivamente da persone autorizzate al trattamento ed opportunamente istruite. I dati potranno altresì essere comunicati a Enti Pubblici, Inps, Inail, Forze di Polizia o altri Soggetti Pubblici e Privati, ma esclusivamente al fine di adempiere ad obblighi contrattuali, di legge, regolamento o normativa comunitaria.

L'elenco aggiornato con gli estremi identificativi di tutti i Responsabili del Trattamento, potrà essere da Lei richiesto in qualunque momento al Titolare, che provvederà immediatamente a renderlo disponibile.

**Diritti dell'interessato:** Artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 del Regolamento EU/2016/679 (GDPR). Lei può esercitare nei confronti del Titolare del trattamento i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del GDPR e, segnatamente, il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica, di cancellazione "diritto all'oblio", di limitazione di trattamento, di portabilità dei dati e di opposizione in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che La riguardano.

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora, oppure nel luogo ove si è verificata la presunta violazione.

Inoltre Lei può richiedere di conoscere gli estremi identificativi degli amministratori di sistema nominati e dei gestionali all'interno dei quali sono presenti i dati di Sua competenza.

Lei potrà esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare, anche tramite mail, all'indirizzo [sc.medicinaconvenzionata@atssardegna.it](mailto:sc.medicinaconvenzionata@atssardegna.it)

La S.V. potrà, ai sensi dell'art. 14 lett. b del Regolamento EU/2016/679, rivolgersi, altresì, al Responsabile della Protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo [ssd.dpo@atssardegna.it](mailto:ssd.dpo@atssardegna.it) e [ssd.dpo@pec.atssardegna.it](mailto:ssd.dpo@pec.atssardegna.it) per tutte le questioni attinenti il trattamento dei Suoi dati.

La presente informativa è stata redatta in data 01.01.2021

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di mobilità intraziendale ai sensi dell'ACN di Specialistica Ambulatoriale di settore vigente ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative legate alle normative che regolano la gestione giuridica del rapporto di lavoro in argomento .

Luogo, data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Il titolare del trattamento ATS Sardegna