

PROT. 95892 /PPMC

28/12/2023



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italia
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

GRADUATORIA ANNO 2025

AMBITO TERRITORIALE DEL COMITATO ZONALE DI PORDENONE

ART. 19, ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, I MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) RESO ESECUTIVO IN DATA 31.03.2020 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli interessati all'inclusione nelle graduatorie valevoli per l'anno 2025, per i medici specialisti, i medici veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, devono inoltrare apposita domanda, in bollo, compilata secondo lo schema allegato, dal 01 gennaio 2024 ed entro e non oltre il 31 gennaio 2024.

La presentazione della domanda, in formato pdf., dovrà avvenire, a pena della esclusione, con la seguente modalità:

- invio da una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) personale dell'interessato, all'indirizzo PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

La domanda, firmata in calce dall'interessato, dovrà essere accompagnata da una fotocopia non autenticata di un documento di identità (fronte e retro) in corso di validità, ai sensi del DPR 445/2000. In alternativa, la domanda può essere inviata con la firma digitale dell'interessato.

Alla domanda va apposta ed annullata/sovrascritta una marca da bollo da € 16,00, i cui dati identificativi dovranno essere richiamati, nella domanda stessa, nell'apposita sezione individuata.

La domanda di inclusione in graduatoria deve essere presentata/rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati e che comportino modificazioni nel punteggio già attribuito.

Ai fini della valutazione, la domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. N. 445/2000, atte a provare il possesso dei titoli professionali conseguiti fino al 31.12.2023.

Non è necessario allegare curriculum vitae, titoli accademici non attinenti alla domanda, attestati di partecipazione a corsi di formazione, attività professionale svolta quale dirigente medico, veterinario, chimico, biologo o psicologo, consulente libero-professionista o con contratto di lavoro atipico.

La modulistica dovrà essere compilata in stampatello, al fine di agevolare la lettura dei dati contenuti nella domanda.

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato, non possono fare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima branca specialistica o area in cui già operano (art. 19, comma 6, - ACN 31.03.2020).

La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio nonché la mancanza dei requisiti richiesti determina l'esclusione dalla graduatoria.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Politiche del Personale e Medicina Convenzionata dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - sede del Comitato Zonale di Pordenone - Via della Vecchia Ceramica 1 - 33170 Pordenone - Tel 0434 369835 369897 369622 369824

oppure scrivere una mail a: medicina.convenzionata@asfo.sanita.fvg.it

REQUISITI

DATI ANAGRAFICI

Indicare i dati anagrafici, la residenza e i recapiti presso cui si desidera ricevere eventuali comunicazioni (domicilio, telefono, e-mail, Posta Elettronica Certificata Personale dell'interessato).

TITOLI ACCADEMICI

Indicare i titoli accademici posseduti al 31.01.2024, comprensivi del voto ottenuto, eventuale lode, data di conseguimento e specificazione dell'università/scuola presso cui sono stati conseguiti:

- diploma di laurea o laurea specialistica o laurea magistrale della classe corrispondente;
- diploma/i di specializzazione;
- data di iscrizione all'albo/ordine professionale e specificazione dell'albo/ordine.

E' titolo valido per l'inclusione nelle graduatorie, il diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche dell'area medica, veterinaria o della categoria professionale interessata, previste nell'Allegato 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale 31.03.2020 e successive modifiche e integrazioni.

Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'art. 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 e s.m.i., è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.

TITOLI PROFESSIONALI

L'attività professionale valutabile è l'attività svolta a titolo di sostituto, incaricato provvisorio e a tempo determinato, effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc), che applicano le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale 31.03.2020 e successive modifiche ed integrazioni o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, succedutesi nel tempo.

L'attività professionale valutabile è quella svolta a decorrere dal 02.10.2000 ed entro il 31.12.2023, nella branca o disciplina per cui si aspira ad essere inclusi in graduatoria.

Ai fini della valutazione dell'attività professionale, svolta successivamente al conseguimento del titolo di specializzazione, è necessario indicare:

- la branca o area professionale,
- l'Azienda sanitaria o istituzione pubblica presso cui è stata prestata l'attività,
- i singoli periodi, contrassegnati dalle date iniziali e finali,
- il totale complessivo delle ore effettivamente svolte relative a tutto il periodo indicato (esprese in ore e minuti), ad esclusione delle ore di permesso non retribuito.

L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

Si precisa che per numero di ore si intendono le ore lavorate per la durata complessiva dell'incarico ottenuto, non sarà valutata la sola indicazione dell'orario settimanale.

Non saranno valutabili le ore di attività effettuate con contratto libero professionale o di dipendenza.

TITOLI E CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE

TITOLI ACCADEMICI

VOTO DI LAUREA

MEDICI SPECIALISTI, ODONTOIATRI, VETERINARI, BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI

- Voto di laurea 110/110 e lode o 100/100 e lode punteggio 3,00
- Voto di laurea da 101/110 a 110/110 o da 91/100 a 100/100 punteggio 2,00

SPECIALIZZAZIONE -

MEDICI SPECIALISTI- ODONTOIATRI - VETERINARI

1. Specializzazioni in branche specialistiche:

- specializzazione / titolo di cui all'art. 19, comma 4, lett. d) punteggio 3,00
- per ogni ulteriore specializzazione punteggio 1,00

2. Voto di specializzazione:
- con lode (una sola volta) punteggio 3,00
 - con il massimo dei voti (una sola volta) punteggio 2,00

SPECIALIZZAZIONE - BIOLOGI – CHIMICI – PSICOLOGI

1. Specializzazioni:
- specializzazione / titolo di cui all'art. 19, comma 4, lett. d) punteggio 3,00
 - per ogni ulteriore specializzazione punteggio 1,00
2. Voto di specializzazione:
- con lode (una sola volta) punteggio 3,00
 - con il massimo dei voti (una sola volta) punteggio 2,00

TITOLI PROFESSIONALI - MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, ODONTOIATRI, VETERINARI, BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI

Sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale 31.03.2020 e successive modifiche ed integrazioni o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, succedutesi nel tempo, (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc): (non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000) - per ciascuna ora di attività svolta punteggio 0,003.

A parità di punteggio prevale l'anzianità di specializzazione, di laurea e in subordine la minore età. In caso di cessazione dell'incarico a tempo indeterminato allo specialista, veterinario o professionista che intenda iscriversi nuovamente nelle graduatorie è riconosciuto il seguente punteggio per la pregressa attività svolta: (non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- per ciascuna ora di attività svolta punteggio 0,003.

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2025

AMBITO TERRITORIALE DEL COMITATO ZONALE DI PORDENONE

ART. 19, ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) 31.03.2020 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.

LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate

Primo inserimento

Aggiornamento

**Marca da bollo
€ 16,00**

**AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE
VIA DELLA VECCHIA CERAMICA, 1
33170 PORDENONE
Sede del COMITATO ZONALE DI PORDENONE**

PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

(Si prega di compilare la domanda in stampatello)

l sottoscritt_	_____ (Cognome)	_____ (Nome)
------------------	-----------------	--------------

chiede di essere inclus__ nella seguente graduatoria annuale, a valere per l'anno **2025**, relativamente all'ambito zonale di PORDENONE, nel cui territoriale intende ottenere l'incarico ambulatoriale:

- MEDICI SPECIALISTI:** branca di _____
- ODONTOIATRI**

- MEDICI VETERINARI: area* _____
- BIOLOGI*
- CHIMICI*
- PROFESSIONISTI PSICOLOGI*
- PROFESSIONISTI PSICOTERAPEUTI*

A tal fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata:

c/o _____ Comune _____

Provincia _____ indirizzo _____ n. _____

CAP _____ Recapito telefonico _____

PEC personale dell'interessato _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) del D.P.R. n. 445/2000

L'AMMINISTRAZIONE E' TENUTA AD EFFETTUARE IDONEI CONTROLLI SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE RESE (ART. 71) CON LE MODALITA' DI CUI ALL'ART. 43 (ACCERTAMENTO D'UFFICIO)

(Si prega di compilare la domanda in stampatello)

_ _ sottoscritt_	_____ (Cognome)	_____ (Nome)
------------------	--------------------	-----------------

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVE E PENALI CONSEGUENTI A DICHIARAZIONI NON VERITIERE, FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART. 76, DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI

DICHIARA

1. di essere:

- cittadino italiano;
- cittadino di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti (specificare) _____;

cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis, del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i.;
(Cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e loro famigliari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria)

2. di essere **nato a** _____ (prov.) _____ il _____

M_ F_ Cod.Fisc. !_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!

3. di essere **residente** nel Comune di _____

(prov.) _____ in Via _____

n. _____ cap. _____ tel. _____ cell. _____

e.mail _____ PEC _____

4. di **possedere** il diploma di laurea ovvero la laurea specialistica o magistrale della classe corrispondente in:

(barrare la voce che interessa)

medicina e chirurgia ; odontoiatria e protesi dentaria ; medicina veterinaria ; scienze biologiche ;
chimica ; psicologia

conseguito/a presso l'Università di _____ sede di _____ in data
____/____/____

con voto _____/110 senza lode con lode

5. di essere **abilitato** all' esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione _____ presso l' Università di _____

6. di essere iscritto **all'Albo professionale dei/degli:**

(barrare la voce che interessa) medici chirurghi o degli odontoiatri ; veterinari ; biologi ; chimici ; psicologi ;
presso l'Ordine provinciale regionale nazionale di _____ dal ____/____/____

7. di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni in:**

✓ _____ conseguita il ____/____/____

Presso l'Università/Scuola di _____

Con voto _____/____ senza lode con lode

✓ _____ conseguita il ____/____/____

Presso l'Università/Scuola di _____

Con voto _____/____ senza lode con lode

✓ ovvero, per la branca di Cure palliative, della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 522. Della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, rilasciata dalla Regione _____ il ____/____/____;

N.B. indicare sempre: l'Università/scuola di specializzazione con l'indirizzo completo e telefono presso la quale si è conseguita la specializzazione, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Università/scuola: _____ Via _____

CAP _____ Città _____ tel. _____

8. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* _____)

9. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo)

10. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

(1) cancellare la parte che non interessa

11. di aver svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente e successivo al conseguimento del titolo valido per l'inclusione nella graduatoria) a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, ecc) che applicano le norme del vigente Accordo Collettivo Nazionale o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali succedutesi nel tempo – non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000.

N.B. indicare sempre: la struttura Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica presso la quale si è prestato o si presta servizio, con l'indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); le date iniziali e finali (gg/mm/aa) dei relativi periodi di attività' ed il totale complessivo delle ore per ciascun periodo indicato (ore e minuti). NON SARANNO VALUTATE LE DICHIARAZIONI NON COMPLETE O IMPRECISE.

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ () tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ () tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ () tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) <u>effettivamente</u> svolte nel periodo	
N. ORE _____	E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ () tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) <u>effettivamente</u> svolte nel periodo	
N. ORE _____	E MINUTI _____

Branca o area professionale _____

Tipologia dell'incarico

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ () tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) <u>effettivamente</u> svolte nel periodo	
N. ORE _____	E MINUTI _____

In mancanza di spazio è possibile fotocopiare il presente prospetto o allegare alla domanda una dichiarazione su carta semplice

12. di essere nella seguente posizione, ai sensi dell'art. 27, dell'A.C.N. 31.03.2020 e successive modifiche ed integrazioni:

- a) di essere/non essere **(1)** titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- b) di essere/non essere **(1)** proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8, del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- c) di esercitare/non esercitare **(1)** attività, ovvero sia 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;
- d) 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 numero 2 dell'ACN 31 marzo 2020 e s.m.i.;

- e) di essere/non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato;
- f) 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 Servizio Sanitario Nazionale, che non adottano le clausole economiche dell'ACN 31 marzo 2020 e s.m.i., che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;
- g) di svolgere/non svolgere **(1)** funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- h) 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;
- i) 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 S.S.N.; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui all'ACN 31 marzo 2020 e s.m.i. e secondo modalità definite a livello regionale;
- j) 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'art. 8-quinquies del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- k) 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;
- l) 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;

(1) cancellare la parte che non interessa

I sottoscritt_ dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

I sottoscritt_ dichiara:

- 1) di avere assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovuta, tramite apposizione ed annullamento/sovrascrizione della marca da bollo sul cartaceo della domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a, identificata come segue:
 - a) DATA E ORA DI EMISSIONE _____
 - b) IDENTIFICATIVO n. _____
- 2) **di conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione richiedente (nel caso di trasmissione della domanda tramite PEC).**
- 3) di avere preso visione delle istruzioni e delle Avvertenze generali.

DATA _____

*FIRMA per esteso in originale del dichiarante
(non soggetta ad autenticazione)*

N.B. ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che:

- *il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda Sanitaria – sede del Comitato Zonale di Pordenone, della formazione delle graduatorie dei medici specialisti ambulatoriali/veterinari/professionisti valide per l'anno 2025;*
- *il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di mezzi informatici;*
- *il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria.*
- *i dati personali saranno allegati al provvedimento deliberato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, sede del Comitato Zonale e pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia;*
- *sui Suoi dati personali Lei potrà esercitare i diritti riconosciutigli dagli artt. da 15 a 22 del summenzionato Regolamento Europeo n. 679/2016, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
- *incaricato del trattamento dei dati è il personale afferente alla S.C. Politiche del Personale e Medicina Convenzionata – Azienda Sanitaria Friuli Occidentale – Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone- Sede del Comitato Zonale di Pordenone – tel. 0434/369835-369897-369824-369622.*
- *Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale sede del Comitato Zonale di Pordenone nella persona del Direttore Generale.*

DATA _____

*FIRMA per esteso in originale del dichiarante
(non soggetta ad autenticazione)*