**(Graduatoria Odontoiatri non specializzati\_Anno 2022)**

**Spett.le**

**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE**

**VIA POZZUOLO, 330**

**33100 UDINE**

**Sede del COMITATO ZONALE DI UDINE**

**PEC:**[**asufc@certsanita.fvg.it**](mailto:asuiud@certsanita.fvg.it)

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO N. 2 del 10.01.2022 PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA VALEVOLE PER L’ANNO 2022, DI LAUREATI IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA E LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA, ISCRITTI ALL’ALBO DEGLI ODONTOIATRI, NON IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE, DISPONIBILI ALL’EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICO PROVVISORIO, A TEMPO DETERMINATO O ALL’AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE, NELL’AMBITO TERRITORIALE DEL COMITATO ZONALE DI UDINE.**

**COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA’**

*ai sensi della Norma finale n. 7, dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali”, reso esecutivo in data 31.03.2020 e successive modifiche ed integrazioni.*

* + - **invio PEC all’indirizzo:** [asufc@certsanita.fvg.it](mailto:asufc@certsanita.fvg.it)

## Il sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapiti telefonici\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo di Posta Elettronica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**comunica**

**la propria disponibilità all’eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all’affidamento di sostituzione, nella branca di odontoiatria,**

**a tal fine dichiara**

*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 consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000),*

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)*

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

M\_\_\_F\_\_\_ Cod.Fisc. !\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!\_\_\_!

1. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e.mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di possedere il diploma di laurea in: medicina e chirurgia ; odontoiatria e protesi dentaria ;

conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con voto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/110 senza lode □ con lode □

1. di essere abilitato/a all’ esercizio della professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(medico chirurgo o odontoiatra) nella sessione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso l’ Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere iscritto/a all’Albo professionale dei medici chirurghi □ o degli odontoiatri □ presso l’Ordine provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*
4. 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)*

1. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
2. essere/non essere (1) in regola con gli obblighi di cui all’art. 4 del Decreto Legge 1° aprile 2021 n. 44, convertito con

modificazioni dalla Legge 28 maggio 2021, n. 76, e s.m.i., quali requisiti essenziali per l’esercizio della professione sanitaria e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative dei soggetti obbligati;

1. **cancellare la parte che non interessa**
2. di aver svolto la seguente attività professionale nella branca di Odontoiatria, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre 2021) 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 DI ODONTOIATRIA

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

Tipologia dell’incarico:

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tipologia dell’incarico:

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tipologia dell’incarico:

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tipologia dell’incarico:

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tipologia dell’incarico:

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tipologia dell’incarico:

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tipologia dell’incarico:

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tipologia dell’incarico:

SOSTITUTO PROVVISORIO TEMPO DETERMINATO

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

###### *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 Udine, della formazione della graduatoria a valere per l’anno 2022 e per l’ambito territoriale del Comitato zonale di Udine, di aspiranti Laureati in Odontoiatria e protesi dentaria e Laureati in Medicina e chirurgia, iscritti all’Albo degli Odontoiatri, non in possesso del titolo di specializzazione, disponibili all’eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all’affidamento di sostituzione;*
* *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 sito istituzionale (www.asufc.sanita.fvg.it);*

*- 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 Struttura Operativa Complessa Politiche del Territorio - – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale - Via Pozzuolo, 330 – 33100 UDINE - Tel 0432/806169 sede del Comitato Zonale di Udine.*

*- Titolare del trattamento dei dati è l’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale sede del Comitato Zonale di Udine nella persona del Direttore Generale. L’Ufficio Privacy è contattabile all’indirizzo* [*privacy@asufc.sanita.fvg.it*](mailto:privacy@asufc.sanita.fvg.it) *- tel. Centralino 0432 5521.*

*- Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all’indirizzo* [*rpd@asufc.sanita.fvg.it*](mailto:privacy@asufc.sanita.fvg.it) *- tel. Centralino 0432 5521.*

*\_l\_ 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.*

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

**Luogo data** **Firma per esteso in originale**

***(leggibile)***

**N.B. ALLEGARE: 1) copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

**IN ALTERNATIVA, è possibile inviare il modulo con firma digitale senza allegare il documento d’identità. 2) AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA debitamente compilata.**