**(Graduatoria Odontoiatri con diploma di specializzazione\_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. 1 del 10.01.2022 PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA VALEVOLE PER L’ANNO 2022, DI SPECIALISTI ODONTOIATRI 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 dell’art. 19, comma 12, lettera b) 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.*

## 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 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 odontoiatra nella sessione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’ Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di possedere il diploma di specializzazione in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. di essere iscritto/a all’Albo professionale degli odontoiatri presso l’Ordine provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_
2. 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*
3. 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;
3. **cancellare la parte che non interessa**

###### *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 Odontoiatri in possesso del diploma 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.**