

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER COLLABORAZIONE VOLONTARIA PER ATTIVITÀ DI SUPPORTO ALLE FUNZIONI DI SANITÀ PUBBLICA ED ASSISTENZA ALLA POPOLAZIONE PRESIDiate DALL'AZIENDA USL DURANTE L'EMERGENZA COVID-19 ED ALLA CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS-COV-2/COVID-19.

Io sottoscritto/a

nome _____ cognome _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

codice fiscale _____

telefono (fisso o cellulare) _____ e-mail _____

(eventuale) abilitato alla professione di _____

(eventuale) iscritto all'albo professionale _____

della Provincia di _____ al numero _____

TITOLI DI STUDIO

Diploma _____

Laurea _____

Specializzazione _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI

DICHIARO DI :

Essere disponibile per una collaborazione volontaria a titolo gratuito con l'Azienda USL di Modena per attività di supporto alle funzioni di sanità pubblica ed assistenza alla popolazione durante l'emergenza Covid-19 ed alla campagna vaccinale anti Sars-Cov-2/Covid-19,

per ore n. _____ settimanali per una durata di mesi _____ presso la sede di _____

(indicare il Distretto di interesse tra: Modena, Carpi, Mirandola, Vignola, Sassuolo, Castelfranco Emilia, Pavullo)

con disponibilità in particolare in fascia oraria: mattutina pomeridiana

Essere disponibile all'effettuazione del tampone Covid-19

Essere disponibile alla eventuale vaccinazione anti virus Sars-Covid-19 (qualora previsto dai protocolli aziendali in relazione alle attività svolte ed agli altri requisiti richiesti)

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità derivanti da eventuali dichiarazioni mendaci dichiaro inoltre di:

(eventuale) Essere in possesso dei titoli richiesti per l'esercizio della professione di _____ (laurea, abilitazione, iscrizione ordini professionali)

Essere attualmente nella seguente posizione lavorativa (indicare attività lavorativa attuale)

_____ presso (indicare attuale datore di lavoro) _____

oppure

Essere attualmente in quiescenza a decorrere dal _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - REGOLAMENTO (EU) 2016/679

I dati da lei dichiarati sono utilizzati in forma cartacea e/o informatizzata, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e per le sole finalità strettamente connesse, dagli operatori degli uffici competenti, incaricati ed istruiti. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando previsto da norma di legge o di regolamento o per lo svolgimento delle funzioni istituzionali. In qualunque momento, inviando una richiesta al Responsabile Protezione Dati della Azienda Usl di Modena all'indirizzo dpo@ausl.mo.it, lei può far valere i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del GDPR. Ricorrendone i presupposti, lei ha altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Usl di Modena, con sede legale in Modena – Via San Giovanni del Cantone, 23. Ulteriori informazioni disponibili accedendo alla pagina www.ausl.mo.it/privacy

Dichiara di acconsentire al trattamento dei propri dati personali necessari al trattamento dell'incarico gratuito e alle finalità istituzionali dell'Ente ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.

Data _____ firma (per esteso e leggibile) _____

INFORMAZIONI

ASSICURAZIONE

L'Azienda USL risponde dei danni causati a terzi nell'espletamento delle attività oggetto di collaborazione volontaria (con esclusione della colpa grave). Il volontario è assicurato a carico dell'Azienda USL per gli infortuni connessi allo svolgimento delle attività mediante Polizza infortuni aziendale (con esclusione del rischio da infezione Covid-19).

ASPETTI ECONOMICI

La collaborazione con il volontario non configura rapporto di lavoro (dipendente o autonomo), neanche occasionale, e non è pertanto prevista la corresponsione di alcun trattamento economico, assistenziale e/o previdenziale.

Il volontario si impegna a:

- rispettare la normativa privacy (sottoscrivendo apposito modulo). È fatto **assoluto divieto** ai volontari che svolgeranno questi servizi di **divulgare le informazioni assunte**, in qualsiasi forma, anche attraverso i social network, per garantire la tutela della riservatezza dei beneficiari e dei loro dati personali.
- rispettare la normativa aziendale sulla sicurezza, il corretto utilizzo dei DPI (forniti dall'Azienda) e le disposizioni del dirigente/ coordinatore, con quale saranno anche concordati gli orari/giorni/modalità di collaborazione

- rispettare il Codice di Comportamento aziendale pubblicato alla pagina web
www.ausl.mo.it/codicedicomportamento

Data _____

firma (per esteso e leggibile) _____

Allega la seguente documentazione:

- fotocopia di valido documento di identità