

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI A  
MEDICI SPECIALISTI/PROFESSIONISTI AMBULATORIALI**

Marca da bollo

€ 16,00

**Ufficio Gestione Personale Convenzionato  
Azienda USL di Modena  
Via del Pozzo n. 71/B  
41124 - MODENA  
personaleconvenzionato@pec.ausl.mo.it**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_

**indirizzo di Posta Elettronica Certificata (cd. indirizzo PEC) \_\_\_\_\_ (OBBLIGATORIO)**

indirizzo email ordinaria \_\_\_\_\_

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del turno/i indivisibile

- pubblicato/i con Avviso del mese di \_\_\_\_\_ 202\_

- nella branca/area professionale di \_\_\_\_\_

- descrizione del/i turno/i:

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

- presso il Distretto/i / Presidio/i sanitario/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B.**

**Il candidato che vuole partecipare a più di un turno, deve presentare una singola domanda per branca/area professionale in cui siano specificati tutti i turni cui è interessato.**

**Ovvero, non è necessario presentare una domanda per ogni turno.**

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

## DICHIARA

1) di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

2) di essere iscritto all'Ordine dei medici/professionisti \_\_\_\_\_;

3) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

*(barrare la casella che interessa)*

4) di essere titolare a tempo indeterminato nella branca/area professionale di \_\_\_\_\_;

con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_ per complessive n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;
- presso altre Aziende Sanitarie / INAIL/ SASN *(allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL o SASN dalla quale risulti la situazione degli incarichi ovvero autodichiarazione sostitutiva di certificazione)*;

5) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa/Ministero di Grazia e Giustizia

*(specificare sede e decorrenza):* \_\_\_\_\_

6) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di essere inserito nella graduatoria vigente per la branca/area

professionale di \_\_\_\_\_ alla posizione n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

7) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di non essere inserito nella graduatoria vigente per la

branca/area professionale pubblicata;

8) di essere nella seguente condizione: *(cancellare le voci che non interessano)* medico di medicina generale, medico

specialista pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico della continuità assistenziale, medico

dipendente della struttura pubblica/presso \_\_\_\_\_ (precisare quale) dal  
\_\_\_\_\_ per complessive ore settimanali n. \_\_\_\_\_ con incarico in qualità di  
\_\_\_\_\_ nella branca/area professionale di  
: \_\_\_\_\_ e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di  
lavoro

**dichiara inoltre:**

- di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità, come prescritto dal vigente ACN;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allega alla presente curriculum formativo e professionale, debitamente firmato.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

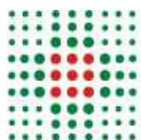
la propria residenza;  il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso (\*) \_\_\_\_\_

(\*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 del DPR 445/00).



### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto .....,  
nato a ..... (prov.....)  
il ..... M\_\_ F\_\_  
Codice Fiscale .....,  
Codice ENPAM: .....,  
Comune di residenza .....(prov.....)  
Indirizzo ..... n. ....Cap .....,  
telefono..... Cell .....,  
PEC (obbligatoria) .....,  
e-mail.....  
\* laureato in ..... con voti .....  
presso l'Università degli Studi di ..... in data ..... ;  
\* abilitato all'esercizio della professione di ..... nella sessione .....  
presso l'Università degli Studi di .....  
\* iscritto all'Albo professionale dei .....  
presso l'Ordine Provinciale / Regionale di .....  
dal .....

**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

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e 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 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;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. 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 e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);
10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. 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;
12. 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. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);
13. 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, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. 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;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. 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 \_\_\_\_\_);
17. 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):
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare:

il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_

e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_).

20. di svolgere/non di svolgere, attualmente, oltre quelle segnalate alle precedenti lettere, le attività sotto specificate (indicare l'Ente per cui le attività sono svolte; il tipo di rapporto esistente; la data di inizio e di fine rapporto, se trattasi di incarico o sostituzione temporanea; le ore settimanali mediamente impegnate)  
 Indicare anche incarichi ed impegni libero professionali – a prestazione o di consulenza.

**N.B. LA COMPILAZIONE DI QUESTO CAPOVERSO E' OBBLIGATORIA.**  
**DESCRIZIONE ATTIVITA':**

(1) .....

.....

(1) in caso negativo scrivere "NESSUNO"

INCARICHI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE/AREA PROFESSIONALE PRESSO ALTRE AZIENDE A TEMPO INDETERMINATO:

Azienda ..... n. ore .....

Azienda ..... n. ore .....

Azienda ..... n. ore .....

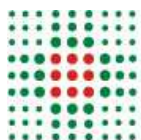
NOTE (3) .....

.....  
 .....  
 .....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento. (continua oltre)

Data ..... Firma per esteso .....

**La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).**



#### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ART. 13 GDPR

- Si informa che i dati personali da Lei forniti (ad esempio dati identificativi, IBAN, dati di salute, iscrizione a sindacati) formeranno oggetto di trattamento da parte della Azienda UsI di Modena, Titolare del trattamento, nel rispetto e nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) n. 2016/679 c.d. GDPR e D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.), nonché da leggi, regolamenti e contratti collettivi nazionali e integrativi vigenti nello specifico settore di riferimento.
- In particolare, ai fini degli artt.13 e 14 del suddetto GDPR, si informa che:
- il trattamento dei dati avviene per le finalità di instaurazione e gestione del rapporto di lavoro (sotto il profilo sia economico che giuridico), compreso l'adempimento di specifici obblighi o l'esecuzione di specifici compiti che siano ad esse strumentali e siano previsti dalle vigenti normative di settore o da disposizioni di organi e di autorità di vigilanza e controllo o comunque in stretta correlazione con le competenze istituzionali in materia di personale;
- il trattamento, da parte di personale autorizzato ed opportunamente istruito circa le modalità di trattamento e le relative responsabilità, avviene sia mediante sistemi automatizzati sia in formato cartaceo, con modalità idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati nel rispetto di adeguate misure di sicurezza tecniche ed organizzative;
- il conferimento dei dati da parte della S. V. riveste natura obbligatoria essendo indispensabile per l'instaurazione, la prosecuzione e l'eventuale cessazione del rapporto di lavoro;
- i dati possono essere acquisiti anche presso soggetti esterni, anche previa richiesta dell'Amministrazione;
- i dati personali possono essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o ad altri Organismi (quali ad es. INPS, INAIL, Regione Emilia Romagna, Direzione Territoriale del Lavoro, altre Aziende USL e Ospedaliere, Tesoriere dell'Azienda, compagnie di assicurazione) nei casi previsti e consentiti dalla normativa vigente e nei limiti delle suddette finalità del trattamento.
- Ai sensi degli articoli 6, par. 1, lett. b) e 9, par. 2, lett. b) del GDPR, il consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra indicate non è dovuto.
- In qualsiasi momento Lei può esercitare il diritto di richiedere l'accesso ai suoi dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge, può richiedere la limitazione del trattamento dei suoi dati e può esercitare il diritto di opposizione al trattamento. A tal fine apposita istanza dovrà essere presentata alla Azienda contattando il Responsabile della protezione dati: [dpo@ausl.mo.it](mailto:dpo@ausl.mo.it).
- 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 è l'Azienda USL di Modena, con sede in Modena, via San Giovanni del Cantone 23