

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

dichiarando di essere stato/a informato/a sulla vigente disciplina in materia di tutela della riservatezza dei dati personali, ed in particolare di quelli sensibili, come previsto dall'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali, e di aver preso cognizione sia della obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti che dei diritti riconosciuti dall'articolo 7,

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali.

Roma _____

(data)

FIRMA

(firma leggibile)

DIPARTIMENTO ACQUISIZIONE, RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI
Settore: Gestione Personale Medico/Sanitario Convenzionato

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO
(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Gentile Collaboratore,

in base alle vigenti normative in ambito di tutela della privacy, La informiamo ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, che il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà effettuato secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei Suoi diritti.

I dati verranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali, connesse o strumentali alle attività complessive sviluppate dall'Azienda.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

I dati che le verranno richiesti sono quelli delle normali procedure amministrative pertanto, qualora Lei si rifiutasse di comunicarci non sarà possibile dare seguito al rapporto di lavoro.

Il trasferimento di dati personali a soggetti terzi, salvo i casi previsti dalla legge ovvero i casi in cui l'Azienda è tenuta a comunicare i dati medesimi a soggetti istituzionali che ne facciano richiesta, nell'ambito di procedimenti amministrativi, è subordinato all'autorizzazione dell'interessato.

La informiamo inoltre che il Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata con sede in viale Oxford 81 in Roma, i Responsabili di riferimento sono il Direttore del Dipartimento Risorse Umane e Relazioni Sindacali, Dott.ssa Tiziana Frittelli e la Società ENGINEERING SANITA' ENTI LOCALI S.p.A., e che presso l'ufficio privacy è conservato ed a Sua disposizione l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Di seguito potrà trovare riportato integralmente l'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali che elenca i suoi diritti.

La Direzione Generale

Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

DICHIARAZIONE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 23 DEL DPR 29/9/73 n 600

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ Prov. _____

residenza fiscale in _____ Prov. _____

via _____ n. _____ cap. _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Codice
fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice

Ente previdenziale
(Enpam/Enpab/Enpap)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stato civile:

- celibe /nubile
 separato /a legalmente ed effettivamente
 divorziato /a
 coniugato /a
 vedovo /a

In qualità di :

- Medico Specialista/Professionista a T.I.
 Medico Specialista/Professionista a T.D.
 altro (specificare) _____

di questa azienda a decorrere dal _____

Data _____

Firma

DIPARTIMENTO ACQUISIZIONE, RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI
Settore: Gestione Personale Medico/Sanitario Convenzionato

Viale Oxford, 61 - 00198 Roma
Centralino 06.20901
Fax 06.20900027
Email: personale.convenzionato@ptvonline.it

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ prov. _____

in qualità di:

() Medico Specialista/Professionista a T.I.

() Medico Specialista/Professionista a T.D.

() altro (specificare) _____

richiedo l'erogazione del mio compenso mensile, mediante:

Contanti da ritirare presso “Banca Roma “ Agenzia n° 264, sportello sito all'interno del “Policlinico Tor Vergata” (solo per importi fino a € 1.000,00, art. 12, L. n. 214/11);

Altro _____

Accredito in C/C n° _____, presso _____

ag. _____ sita in _____

Via _____

intestato a _____

IBAN _____

ABI _____

CAB _____

CIN _____

Roma, _____

In fede

DIPARTIMENTO ACQUISIZIONE, RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI
Settore: Gestione Personale Medico/Sanitario Convenzionato