

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(ex art.46 e 47 del D.P.R. 445/00)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dr.ssa.....,
nato/a a.....(prov.....) il.....M__ F__
Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo Vian.....Cap.....
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
Via.....n...Cap.....telefono.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. di essere laureato in _____ con voto.....presso l'Università di.....in data.....;
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ presso l'Università di.....;
3. di essere iscritto all'Albo professionale _____ presso l'Ordine provinciale di..... dal..... Codice.....;
4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in.....
conseguita il.....presso l'Università di.....
..... con voto.....
in.....
conseguita il.....presso l'Università di.....
..... con voto.....
in.....
conseguita il.....presso l'Università di.....
..... con voto.....
5. di essere in possesso delle seguenti libere docenze:
in.....con Decreto Ministeriale del.....
.....
in.....con Decreto Ministeriale del.....
.....
6. di essere in possesso dei seguenti dottorati di ricerca:

-in..... conseguito il.....
presso l'Università di.....

-in..... conseguito il.....
presso l'Università di.....

Data _____ Firma per esteso _____

DICHIARA ALTRESI':

a) di avere / non avere (1) un **rapporto di lavoro subordinato** presso altro ente pubblico o privato: Soggetto _____

Ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____

Tipo di rapporto _____ Periodo _____

b) di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di _____
convenzionato (assistenza primaria, medicina dei servizi, continuità assistenziale) ex art.8 comma 1 D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;

c) di essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici **pediatri di libera scelta** ex art.8 comma 1 D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;

d) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come **specialista ambulatoriale e/o professionista convenzionato interno ex ACN 23.3.05:** Azienda _____

Branca _____ Ore settimanali _____

e) di esercitare / non esercitare (1) la professione medica con **rapporto di lavoro autonomo** retribuito forfetariamente **presso** altro ente o **struttura sanitaria pubblica o privata non appartenente al Servizio sanitario nazionale** e che non adotta le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale;

f) di operare / non operare (1) **ad altro titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N.** (in caso affermativo, indicare il rapporto _____ e l'Azienda _____)

g) di svolgere / non svolgere (1) **attività fiscali** per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda _____)

h) 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.Lvo n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

i) 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.Lvo n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

l) di operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in **regime di autorizzazione sanitaria** ai sensi dell'art. 43 della legge n.833/78 e dell'**art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99**;

m) di percepire / non percepire (1) **indennità di rischio** in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta_____e la misura dell'indennità percepita_____)

n) di essere / non essere (1) collocato in quiescenza a seguito di precedente rapporto lavorativo;

o) di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi;

p) di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine professionale_____

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:_____

q) di avere / non avere (1) riportato condanne penali e di essere / non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;

r) di essere / non essere (1) iscritto al **Dottorato di Ricerca** in_____

presso l'Università_____

1. con borsa di studio e reddito complessivo lordo annuo compatibile con le vigenti disposizioni previste dal regolamento del suddetto Ateneo in tema di dottorati di ricerca;
2. privo di borsa di studio.

Data_____ Firma per esteso _____

(1) cancellare la parte che non interessa

(2)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INFINE:

- consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato, che quanto sopra affermato corrisponde al vero;
- di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni di dati personali e/o di incompatibilità che, in prosieguo, dovessero intervenire.

N.B. Si allega alla presente fotocopia di documento di identità in corso di validità

Data_____ Firma per esteso _____

N.B. Si informa che, ai sensi dell'art.71 co.1 DPR 445/2000, *“Le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47”.*

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il /La sottoscritto/a 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. 12 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03), e di aver preso cognizione sia della obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti che dei diritti riconosciuti dall'art. 7 del medesimo decreto,

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

al trattamento dei propri dati personali.

Data_____ Firma per esteso _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/03, nonché in relazione ai dati personali che si intendono trattare, si informa la S.V. di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è finalizzato esclusivamente all'utilizzo nell'ambito dei procedimenti amministrativi / contabili connessi con il conferimento dell'incarico;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici e/o cartacei;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, il Policlinico non potrà dare seguito alla procedura in interesse nei confronti della S.V.;
4. I dati potranno essere trasmessi ai Direttori/Responsabili di struttura del Policlinico Tor Vergata, alla Società esterna affidataria del servizio di gestione paghe e contributi e al CED della ASL RMC per l'elaborazione dei cedolini stipendiali;
5. L'art. 7 del D.Lgs. citato, conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti in relazione al trattamento dei dati personali;
6. Titolare del trattamento dei dati è il Policlinico di Tor Vergata;
7. Il Responsabile del trattamento è il Direttore del Dipartimento Risorse Umane e Relazioni Sindacali.

Art.7 D.Lgs. 196/03 - 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.