

**AVVISO PER VALUTAZIONE COMPARATIVA
FINALIZZATA AL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI
per prestazioni odontoiatriche extra LEA in regime ALPI**

UOSD di PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali

COD. n. 32/21

- l'Art.7 comma 6 del D.Lgs n.165/01 e s.m.i. consente alle Amministrazioni Pubbliche, per esigenze cui non possono far fronte con personale in servizio, di conferire incarichi individuali, anche con contratto di lavoro autonomo, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria;
- l'art. 15-septies co.5-bis del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i prevede che per l'espletamento dell'attività libero-professionale le Aziende Sanitarie possono acquisire personale sanitario con contratti di diritto privato a tempo determinato o a rapporto professionale;
- lo svolgimento dell'attività libero professionale, nelle sue varie forme di esercizio, non può prescindere dalla erogazione di prestazioni anche in forma istituzionale ai sensi dell'art.15 quinquies co.3 del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i, del D.L. n.158/2012 convertito con L. n.189/2012 e del DCA - Regione Lazio n. 440/2014 recante " Nuove Linee Guida Regionali sull'attività libero-professionale intramoenia";
- il DCA n. U00586 del 16/12/2015 recante *“Riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica nella Regione Lazio - definizione dei criteri e delle modalità di accesso alle prestazioni odontoiatriche”* con il quale la Regione Lazio ha posto le basi per la complessiva riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica, definendo i destinatari e la tipologia delle prestazioni da garantire ai residenti della Regione Lazio, nonché le forme e le modalità di partecipazione alla spesa, al fine di assicurare, in modo uniforme ed omogeneo, le cure odontoiatriche nell'ambito dei livelli di assistenza, definendo altresì le diverse tipologie di prestazioni extra LEA;
- la DDG. n. 516/16, -parzialmente rettificata con DDG n. 447/17- ha recepito quanto sopra ed ha inquadrato le diverse tipologie di prestazioni odontoiatriche (LEA ed extra LEA) nell'ambito di un sistema di valorizzazione e ripartizione oneri/costi correlato alle tariffe regionali, riconducibile, per quanto compatibile, al regolamento aziendale ALPI;
- la DDG n. 1187 del 24/12/2018 con cui è stato approvato uno schema tariffario aziendale delle prestazioni odontoiatriche extra LEA rese in regime ALPI;
- con DDG n. 458 del 07/06/2021 è stata indetta una procedura comparativa ex art. 7, comma 6bis, del D.Lgs 165/2001 e s.m.i. per individuare **n. 4 professionisti odontoiatri**, sulla base del fabbisogno quantificato dalla Direzione Sanitaria con nota prot. int. 499 del 20/05/2021 cui potranno essere conferiti incarichi libero-professionali nell'ambito della UOSD di PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali al fine di garantire il pieno svolgimento delle attività odontoiatriche rientranti nelle prestazioni extra LEA interamente a carico dell'assistito.

I requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura oggetto del presente avviso sono i seguenti:

- a) Possesso del Diploma di **Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria** (ovvero titolo

equipollente);

- b) **Iscrizione all'Albo degli Odontoiatri;**
- c) non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso la pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento o comunque di non essere stato destinatario di provvedimenti di risoluzione per inadempimento relativi a rapporti libero-professionali e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego statale per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità, non sanabile;
- d) non aver riportato condanne penali (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale) che escludano dalla nomina agli impieghi presso P.A. (ai sensi di legge, la sentenza prevista dall'art. 444 del codice di procedura penale – c.d. patteggiamento - è equiparata a condanna).
- e) non essere in conflitto di interessi con il PTV ai sensi del D.P.R. 62/2013.
- f) non intrattenere alcun rapporto di impiego con strutture pubbliche ovvero accreditate e/o convenzionate con il SSN, che per natura ed impegno possa determinare situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art 4 comma7 della L. 412/91;

SI INVITANO

tutti gli interessati ad inviare, **entro 15 gg** decorrenti dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso, apposita domanda di ammissione alla presente procedura secondo il modello **Allegato A)** indirizzata alla UOC Affari Generali - Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata, al fine di procedere ad idonea valutazione comparativa da parte di apposita Commissione.

La domanda può essere presentata esclusivamente mediante invio alla casella PEC affari.general@ptvonline.postecert.it.

La documentazione dovrà essere scansionata e trasmessa in un unico file formato PDF riportando la dicitura ***"Avviso per attività odontoiatriche extra LEA - UOSD di PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali. COD. n.3221"***

L'effettiva ricezione della domanda da parte della Fondazione è garantita esclusivamente dalla ricevuta di avvenuta consegna.

Il candidato è pertanto tenuto a verificare la ricezione alla propria casella di posta certificata nonché a conservare la predetta ricevuta di avvenuta consegna, attestante l'effettiva consegna.

L'Amministrazione si intende autorizzata ad utilizzare per ogni comunicazione successiva la casella di posta elettronica certificata utilizzata dal candidato, automaticamente eletta a domicilio informatico.

E' quindi onere del candidato comunicare con sollecitudine l'eventuale variazione del recapito PEC.

L'Amministrazione non assume responsabilità per il mancato recapito di domande, comunicazioni e documentazione dipendenti da disguidi postali, da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato o da mancata o tardiva comunicazione di variazioni del recapito nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

PROFILO PROFESSIONALE RICHIESTO

Il profilo professionale richiesto per la UOSD di PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali è il seguente:

capacità nell'ambito della gestione delle emergenze odontoiatriche e dei trattamenti di odontoiatria conservativa e restaurativa;

VALUTAZIONE COMPARATIVA

La Commissione, nominata con successiva disposizione del DG, costituita da n. 2 docenti afferenti all'Area Odontoiatrica - strutturati al PTV, responsabili di Unità gestionali – e dal Direttore Sanitario che assumerà le funzioni di Presidente, procederà ad effettuare una valutazione comparativa.

Nell'operare la valutazione la Commissione prenderà in esame la domanda, le dichiarazioni sostitutive e il curriculum alla stessa allegati da ciascun candidato ammesso, tenendo conto in particolare del grado di attinenza dell'esperienza professionale e degli altri titoli attinenti al profilo professionale richiesto e procederà ad un colloquio valutativo.

Per la valutazione dei candidati la Commissione ha a disposizione **n. 100 punti** per ciascun candidato, attribuiti secondo i seguenti criteri:

- **massimo n. 45 punti per Esperienza professionale maturata in attività odontoiatriche presso strutture sanitarie pubbliche /convenzionate con il SSN.** Le frazioni di anno sono valutate in ragione mensile considerando, come mese intero, periodi continuativi di giorni trenta o frazioni superiori a quindici giorni;
- **massimo n. 10 punti per Titoli Accademici e di Studio** (Specializzazioni, Dottorati di Ricerca).
- **massimo n. 10 punti per Pubblicazioni e titoli scientifici.** La valutazione delle pubblicazioni sarà adeguatamente motivata, in relazione alla originalità della produzione scientifica, all'importanza della rivista, alla continuità ed ai contenuti dei singoli lavori, al grado di attinenza dei lavori stessi con l'incarico da conferire, all'eventuale collaborazione di più autori;
- **massimo n. 15 punti per il Curriculum formativo e professionale.** Nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio, non riferibili a titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco dell'intera carriera e specifiche rispetto all'incarico da conferire nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici. In tale categoria rientra anche la partecipazione a corsi di formazione e di aggiornamento professionale.
- **massimo n. 20 punti per il colloquio valutativo** volto all'approfondimento delle informazioni riportate sul curriculum vitae e diretto ad accertare, con riferimento ai profili professionali oggetto dell'Avviso, le specifiche conoscenze e competenze possedute dal professionista;

La Commissione, al termine delle valutazioni comparative, formulerà la graduatoria di merito dei candidati.

Il conferimento dell'incarico sarà comunque subordinato:

- alla **non sussistenza di cause di incompatibilità** con il rapporto da attivare;

- al possesso della **partita IVA**;
- al possesso di idonea **polizza assicurativa** per responsabilità professionale verso terzi, in cui siano previsti i massimali adeguati;

RAPPORTI CONTRATTUALI

- Gli incarichi libero-professionali saranno conferiti nel rispetto dell'ordine di graduatoria;
- I rapporti contrattuali saranno integralmente finanziati con i fondi derivanti dalle suddette prestazioni extra LEA; avranno la durata massima di 24 mesi, fatta salva la facoltà del Policlinico Tor Vergata di risolvere anticipatamente i contratti stessi ovvero variare i termini contrattuali in caso di emanazione di indicazioni regionali ovvero di riorganizzazione interna al PTV che risultassero incompatibili con la continuazione dei rapporti contrattuali;
- Per lo svolgimento delle suddette attività sarà corrisposto un compenso omnicomprensivo definito sulla base delle tariffe individuate nello schema tariffario aziendale delle prestazioni Extra LEA svolte in regime ALPI ed approvato con DDG n. 1187 del 24/12/2018;
- I professionisti selezionati si obbligano a prestare la propria attività garantendo un minimo di tre accessi settimanali, che saranno articolati secondo l'organizzazione dettata dal Responsabile della UOSD di PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali;
- Il Policlinico Tor Vergata non ha alcun obbligo di garantire un quantitativo minimo di offerta prestazionale di attività extra LEA;
- I professionisti selezionati si obbligano a svolgere l'attività in regime esclusivo, come previsto dall'art. 15-*septies* comma 5-bis del D. Lgs. n.502/1992 e s.m.i., pena la risoluzione immediata del rapporto contrattuale.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

La domanda di ammissione alla selezione è composta dall'**ALLEGATO A** (*Domanda di ammissione alla selezione per lo svolgimento di attività odontoiatriche/ortodontiche extra LEA*), dall'**ALLEGATO B** (Modulo dichiarazioni sostitutive di certificazione - art. 46/47 DPR 445/2000) valido per l'attestazione del possesso dei requisiti di partecipazione e di ulteriori titoli validi per la valutazione di merito nonché dal consenso al trattamento dei dati personali (**ALLEGATO C**).

Alla luce delle modifiche all'art.40 del DPR 445/2000, **i candidati non possono presentare certificati rilasciati da Pubbliche Amministrazioni, pena la non valutazione e devono produrre le dichiarazioni sostitutive di certificazione secondo lo schema di cui agli Allegati A e B.**

I CANDIDATI DOVRANNO ALLEGARE ALTRESI':

- a) **la copia di un documento di identità in corso di validità, pena l'esclusione dalla procedura;**
- b) **le copie dei documenti per i quali si è dichiarato di allegare copia conforme (con esclusione dei documenti rilasciati da pubbliche Amministrazioni che sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di cui sopra), pena la non valutazione dei relativi documenti;**
- c) **un curriculum formativo e professionale, in formato europeo, datato e firmato, pena la non considerazione del relativo documento. Il curriculum ha unicamente uno scopo informativo e non costituisce autocertificazione. Le attività ivi dichiarate saranno prese in esame solo se formalmente documentate con dichiarazione sostitutiva di certificazione.**

I CANDIDATI DOVRANNO INOLTRE INDICARE:

- l'eventuale sussistenza di rapporti di dipendenza con strutture pubbliche /convenzionate con il SSN e l'eventuale iscrizione a corsi di "dottorato di ricerca" (con l'indicazione della fruizione o meno della relativa borsa di studio) **Tali indicazioni si rendono indispensabili ai fini di un successivo accertamento dei profili di compatibilità.**

Tutto quanto dichiarato utilizzando gli Allegati A e B al presente bando si intende prodotto in regime di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.; al riguardo si precisa che tali dichiarazioni saranno considerate valide se rese e presentate nel rispetto delle seguenti modalità:

- le dichiarazioni rese dai candidati, in quanto sostitutive a tutti gli effetti della certificazione, dovranno contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende presentare; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo auto-certificato;
- l'attestazione dei rapporti dovrà contenere, pena la non valutazione, l'esatta denominazione dell'ente, il tipo di rapporto di lavoro, le date di inizio e di conclusione dei vari periodi di servizio/collaborazione, la qualifica / il profilo professionale, le attività svolte;
- l'attestazione dei titoli di studio, accademici, scientifici e le attestazioni riferite al curriculum professionale, così come quelle di formazione e aggiornamento, dovranno altresì contenere, pena la non valutazione, tutti i dati indispensabili per procedere con la stessa;
- le pubblicazioni devono essere edite a stampa; le stesse devono essere allegate alla domanda di partecipazione (anche in fotocopia semplice mediante dichiarazione di conformità all'originale).

L'amministrazione procederà ad effettuare idonei controlli sulle dichiarazioni sostitutive presentate, secondo le modalità di cui all'art. 71 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. Fermo restando quanto previsto all'art. 76 della norma predetta, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Roma 07/07/2021

F.to Dr. Giuseppe Quintavalle
Direttore Generale

ALLEGATO A

Domanda di ammissione alla selezione per lo svolgimento di attività odontoiatriche/ortodontiche EXTRA LEA – UOSD di PS odontoiatrico e trattamento pazienti vulnerabili sociali.

**Spett.le Fondazione PTV
Policlinico Tor Vergata
Viale Oxford, 81
0133 - Roma**

Il/La sottoscritto/a

NOME _____ COGNOME _____

(CF. _____)

CHIEDE

di essere ammess _____ a partecipare alla selezione finalizzata al conferimento di incarichi libero-professionali per lo svolgimento di attività odontoiatriche/ ortodontiche extra LEA indetta dal Policlinico Tor Vergata di Roma e pubblicata sul *sito web* del Policlinico in data _____ (cod. n. _____).

A tal fine, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. 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

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Di essere residente in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____

Via _____ n. _____ Recapiti telefonici _____

DICHIARA INOLTRE

- a) di essere cittadino _____
- b) di non aver riportato condanne penali, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la pubblica amministrazione (Libro secondo, titolo II, capo I c.p.), anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale. Ai sensi di legge la sentenza prevista dall'art. 444 del codice di procedura penale - c.d. patteggiamento - è equiparata a condanna;
- c) ☐ b.1) di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
- ovvero
- ☐ b.2) di aver riportato le seguenti condanne penali o avere i seguenti procedimenti penali in corso a proprio carico: _____;
- d) di essere in possesso dei **requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura** previsti dall'Avviso COD.

n. _____ pubblicato sul *sito web* del Policlinico in data _____;

e) di eleggere il seguente recapito cui indirizzare le comunicazioni inerenti la selezione:

Indirizzo e-mail: _____

ovvero - in alternativa -

Via _____ n. _____ cap. _____

città _____ (prov. _____) telefono: _____

f) non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso la pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento o comunque di non essere stato destinatario di provvedimenti di risoluzione per inadempimento relativi a rapporti libero-professionali e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego statale per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità, non sanabile;

g) di non essere in conflitto di interessi con la Fondazione ai sensi del DPR 62/2013;

h) di non intrattenere alcun rapporto di impiego con strutture pubbliche ovvero accreditate e/o convenzionate con il SSN, che per natura ed impegno possa determinare situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art 4 comma7 della L. 412/91;

i) di allegare alla presente istanza la documentazione prevista accettando le condizioni fissate nell'avviso.

Si allega fotocopia di un valido documento di identità.

LUOGO E DATA _____

FIRMA PER ESTESO _____

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ ATTO DI NOTORIETÀ' (Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e smi)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da false o mendaci dichiarazioni, formazione di atti falsi e loro uso nei casi previsti dal T.U. sopra citato, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli conseguiti alla data di scadenza del presente bando e validi agli effetti della valutazione di merito ed in particolare:

1. di aver conseguito il Diploma di **Laurea** in _____

_____ in data _____ presso _____

_____ con voto _____

2. di aver conseguito il Diploma di **Specializzazione** in _____

_____ in data _____ presso _____

_____ con voto _____

3. di essere iscritto/a al seguente **Albo Professionale**: _____

4. di aver intrattenuto i seguenti **Rapporti di lavoro/professionali/di collaborazione con strutture pubbliche/convenzionate con il SSN**:

a) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

b) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

c) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

d) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

e) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

f) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

g) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

h) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

i) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

l) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

m) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

n) Ente _____ Luogo _____

Tipo di rapporto _____ dal _____ al _____

Qualifica / profilo professionale _____

Attività svolta _____

5. di essere in possesso dei seguenti **Titoli Accademici** (per es. Dottorati di Ricerca):

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

f) _____

g) _____

h) _____

i) _____

l) _____

6. di aver effettuato le seguenti **Pubblicazioni** (di cui si allega copia conforme all'originale):

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

f) _____

g) _____

h) _____

i) _____

l) _____

7. di essere in possesso dei seguenti **Titoli Scientifici**:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

8. di essere in possesso dei seguenti ulteriori **Titoli/Requisiti non riferibili a quelli già valutati nelle precedenti categorie (Corsi di formazione/aggiornamento professionale, Incarichi di insegnamento, Attività professionali e di studio)**:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

DICHIARA INFINE

- tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nelle precedenti voci (ad es. l'eventuale sussistenza di rapporti di dipendenza con strutture pubbliche / convenzionate con il SSN, l'eventuale iscrizione a corsi di "dottorato di ricerca" o altro): _____

- che gli ulteriori documenti allegati sono copie conformi all'originale:

a) contenuto del documento n. _____

b) contenuto del documento n. . _____

e) contenuto del documento n. . _____

d) contenuto del documento n. . _____

LUOGO E DATA _____

FIRMA PER ESTESO _____

(allegare obbligatoriamente la fotocopia fronte/retro di un documento di identità valido

ALLEGATO D

Informativa sul trattamento dei dati personali

In base alla vigente normativa in ambito di tutela della privacy ed ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – RGDP (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) si informa che il trattamento dei dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati ha la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti a partecipare alla procedura di selezione di cui trattasi. La base giuridica del trattamento è quella indicata all'art. 6, co.1, lett. b) del RGDP ovvero l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso.

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.

Il loro conferimento ha natura facoltativo, ma il rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità da parte nostra di tenere in considerazione la candidatura.

I dati personali degli interessati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra indicate e, successivamente, per un termine ulteriore non superiore a 5 anni, salvo il perfezionarsi dell'incarico di prestazione d'opera.

Il Titolare del trattamento è la Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata" con sede in Viale Oxford n.81 in Roma. Il Responsabile di riferimento è il **Direttore della UOC Affari Generali**

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO/RDP) nominato dalla Fondazione è contattabile al seguente indirizzo di posta elettronica: DPO@ptvonline.it

Il trasferimento di dati personali a soggetti terzi, salvo i casi previsti dalla legge, è subordinato all'autorizzazione dell'interessato.

I dati personali dei candidati potranno essere trasmessi alla **Direzione Sanitaria** per gli adempimenti di competenza.

L'interessato potrà esercitare, sui propri dati, i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del GDPR fra i quali, in particolare, quello di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalle norme. In caso di violazione delle norme relative al trattamento dati personali, l'interessato può presentare reclamo all'Autorità Garante competente i cui recapiti sono rinvenibili sul sito www.garanteprivacy.it.

Il /La sottoscritt__ dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa che precede.

LUOGO E DATA _____ **FIRMA PER ESTESO** _____