Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

AVVISO PUBBLICO PER SOLI TITOLI DI PROCEDURA SELETTIVA COMPARATA PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI CANDIDATI IDONEI PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A MEDICO PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITA' PREVISTE DAL PIANO LOCALE OPERATIVO GAP PER IL SOTTOBIETTIVO 3.3 "IMPLEMENTARE NELLA RETE DEI SERVIZI (ASST) MODELLI DI CURA PER PAZIENTI POLIDIPENDENTI AFFETTI SIA DA GAP CHE DISTURBO DA USO DI SOSTANZE".

Si rende noto che, è indetta una procedura comparativa, per soli titoli, per la formazione di un elenco di candidati idonei per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale a Medico per la realizzazione di attività previste dal piano locale operativo GAP per il sottobiettivo 3.3 "IMPLEMENTARE NELLA RETE DEI SERVIZI (ASST) MODELLI DI CURA PER PAZIENTI POLIDIPENDENTI AFFETTI SIA DA GAP CHE DISTURBO DA USO DI SOSTANZE".

1. OGGETTO E NATURA DELL'INCARICO

L'oggetto dell'incarico – da conferire ai sensi dell'art. 7, comma 6, del decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i. – consisterà nell'assicurare le prestazioni mediche per le seguenti attività:

- Presa in carico congiunta per pazienti poli dipendenti affetti sia da GAP che Disturbo da Uso di Sostanze;

L'incarico sarà conferito con contratto individuale, nella forma di contratto libero professionale di prestazione d'opera, ai sensi e per gli effetti degli artt. 2222 e seguenti, artt. 2229 e seguenti del Codice Civile.
Il conferimento dell'incarico non darà luogo ad alcun rapporto di lavoro dipendente con l'ASST Rhodense, ma ad una prestazione d'opera di lavoro autonomo.

2. LUOGO DI SVOLGIMENTO DELL'INCARICO

Le prestazioni dovranno essere svolte presso le strutture del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze della ASST Rhodense

3. COMPENSO E DURATA DELL'INCARICO

- *Durata:* dalla data da stabilire nel contratto individuale sino ad esaurimento delle ore e comunque non oltre il 31/12/2020;
- *Compenso complessivo:* fino ad un massimo di € 16.360,00.=(lordi omnicomprensivi, compresi di oneri e ritenute di legge a carico del professionista nonché eventuali versamenti dovuti a titolo di rivalsa previdenziale);
- *Compenso orario:* € 40,00.= lordi omnicomprensivi
- *Impegno orario*: mediamente n. 17 ore settimanali per un monte massimo di 409 ore dalla data da stabilire nel contratto individuale fino ad esaurimento delle ore e comunque non oltre il 31/12/2020;

4. ASPETTI CONTRATTUALI

Il candidato vincitore, nominato con provvedimento del Direttore Generale, sarà chiamato a stipulare apposito contratto individuale di incarico libero professionale, nel quale saranno indicati gli elementi utili alla regolamentazione dei reciproci rapporti.
Il candidato al quale è conferito l'incarico libero professionale provvede con oneri a proprio carico a munirsi di idonea polizza assicurativa per i rischi della responsabilità civile verso terzi, impegnandosi a produrre copia della polizza assicurativa, prima della stipula del contratto. Nel caso in cui la durata della polizza non copra l'intero periodo contrattuale il professionista si impegna, alla scadenza, a dotarsi di ulteriore idonea polizza a copertura del restante periodo, dandone contestuale comunicazione all'ASST, pena la risoluzione anticipata del contratto. L'ASST dichiara che, in caso di infortunio non imputabile a responsabilità della medesima, tale evento non è garantito dalle polizze aziendali. E'

facoltà, pertanto, del professionista di stipulare apposita copertura assicurativa con oneri a proprio carico.
Il compenso previsto per lo svolgimento dell'attività sarà erogato, previa presentazione di fattura mensile esclusivamente in forma elettronica, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 55 del 09/04/2013, emessa dal professionista subordinatamente alla previa attestazione da parte del Responsabile di Struttura, di regolarità nello svolgimento dell'incarico. A tal fine, il professionista dovrà essere in possesso di regolare Partita IVA.
Le attività saranno espletate personalmente dal soggetto selezionato, in piena autonomia, senza obbligo del "dovuto orario", senza vincoli di subordinazione, coordinandosi con il Responsabile di struttura.

5. REQUISITI DI AMMISSIONE

I requisiti di ammissione alla presene procedura di valutazione comparativa sono i seguenti:

a. <u>Requisiti specifici di ammissione</u>:

- Cittadinanza italiana o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea o appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
- Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia e Abilitazione all'esercizio della professione;
- Diploma di Specializzazione in Medicina Interna e affini;
- Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi;

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del presente avviso.

Nell'ambito dei requisiti di ammissione non verranno valutati i periodi di tirocinio e volontariato quale attività esperienza lavorativa/professionale.

Nel caso in cui il Titolo di Studio non sia stato conseguito in Italia, il candidato/a dovrà allegare alla domanda di partecipazione, idonea documentazione comprovante il riconoscimento del titolo dalla Repubblica Italiana, quale titolo di studio di pari valore ed equipollente rispetto a quelli richiesti.

Il possesso dei requisiti di cui sopra dovranno essere dimostrati mediante presentazione di apposita autocertificazione, **utilizzando a tal fine esclusivamente il modulo 1 allegato al presente bando.**
In particolare per quanto attiene ai requisiti specifici di ammissione, la mancata indicazione (in tutto o in parte) delle informazioni previste nel modello di autocertificazione allegato, sarà motivo di esclusione dalla procedura.
Costituisce motivo di incompatibilità al conferimento dell'incarico il rapporto di dipendenza, comunque configurato, con Enti Pubblici e ogni altra incompatibilità derivante da norme di Legge.
L'incarico di cui al presente bando non dovrà essere sovrapponibile con altri incarichi tali da costituire pregiudizio del corretto svolgimento delle prestazioni richieste.
Si precisa che non possono essere ammessi alla selezione i soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza – come disposto dall'art. 5, co. 9, del DL 95/2012, convertito in L. 135/2012.

6. PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande, redatte in carta libera, corredate della documentazione di seguito richiesta, dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo dell'ASST Rhodense – Viale Forlanini, n. 95 **<u>improrogabilmente</u>** entro le ore 12,00 del giorno

22 GIUGNO 2020

N.B. Non saranno accettate domande che dovessero pervenire oltre il suddetto termine anche se inviate in data antecedente.

Le domande e relativa documentazione potranno essere presentate con le seguenti modalità:

- **direttamente all'Ufficio Protocollo** dell'ASST Rhodense – Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI);
- **spedita via Posta** (si suggerisce, a tutela del candidato, raccomandata con ricevuta A.R.). Si ribadisce che l'istanza dovrà necessariamente pervenire all'Ufficio Protocollo dell'Azienda entro l'ora ed il giorno succitato, pena esclusione**. Non farà fede la data di spedizione della domanda**;
- **mediante posta elettronica certificata** al seguente indirizzo P.E.C. **protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it** .Anche in tal caso, la domanda dovrà pervenire entro le ore 12,00 del giorno suindicato, pena la non ammissibilità.

Per le domande inoltrate mediante PEC si precisa che:

- Non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica non certificata
- La domanda ed i relativi allegati dovranno essere inviati in un unico file formato PDF da casella di posta elettronica.
- L'indirizzo PEC del mittente deve essere riconducibile, univocamente, all'aspirante candidato.

Nell'oggetto della e-mail dovrà essere indicata la dicitura **AVVISO PUBBLICO PER SOLI TITOLI DI PROCEDURA COMPARATA PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI CANDIDATI IDONEI PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A MEDICO PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITA' PREVISTE DAL PIANO LOCALE OPERATIVO GAP PER IL SOTTOBIETTIVO 3.3 "IMPLEMENTARE NELLA RETE DEI SERVIZI (ASST) MODELLI DI CURA PER PAZIENTI POLIDIPENDENTI AFFETTI SIA DA GAP CHE DISTURBO DA USO DI SOSTANZE".**

Nella domanda di partecipazione gli aspiranti partecipanti devono indicare, sotto la propria responsabilità, consapevoli delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 quanto segue:

a. cognome e nome;
b. data, luogo di nascita e di residenza e domicilio, numero di telefono ed e-mail, codice fiscale e numero di Partita Iva se già in possesso;
c. il possesso della cittadinanza italiana, o cittadinanza do uno degli altri Stati membri dell'Unione Europea, o appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia
d. il comune nelle cui liste elettorali sono iscritti ovvero il motivo della loro non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
e. il possesso dei requisiti specifici di ammissione;
f. di non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale
g. le condanne penali riportate;
h. di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
i. di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità come previsto dalla Legge 190/2012, art. 1, comma 42, lettera h;
j. il possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
k. di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 5, comma 9, del DL 95/2012, convertito in L. 135/2012, e s.m.i. (lavoratore privato o pubblico in quiescenza);
l. L'autorizzazione al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo n.2016/679 e s.m.i., finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura;
m. Il domicilio presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni necessaria comunicazione. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto l'indirizzo di residenza dichiarata;

n. Di sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni dell'Azienda, ivi incluso il Codice Etico comportamentale, il Codice di Comportamento del personale, il Piano Aziendale di prevenzione della corruzione.

La mancata sottoscrizione della domanda determina la non ammissione all'avviso.

7 - DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

a) Modulo di autocertificazione allegato 1 al presente bando (disponibile in formato "word" sul sito aziendale http://www.asst-rhodense.it – sezione amministrazione trasparente – bandi di concorso)**. Non saranno ammesse altre tipologie di moduli o altre forme di autocertificazioni. La commissione procederà all'attribuzione dei relativi punteggi esclusivamente in relazione a quanto dichiarato in tale modulo. Pertanto eventuali autocertificazioni indicate nella domanda o nel curriculum o in moduli diversi da quello di cui all'allegato 1 del presente bando, non saranno valutate anche se il candidato dovesse richiamare, in tali documenti, le norme di cui al DPR 445/2000.**

In particolare nel modulo di autocertificazione di cui all'allegato 1 al presenta bando dovranno essere precisati i dati relativi:

- al possesso dei requisiti specifici richiesti per la partecipazione all'avviso (vedi punto 5.a);
- a tutti gli elementi che il candidato ritenga opportuno presentare ai fini della valutazione di merito quali l'aggiornamento professionale, ulteriori titoli di studio, le esperienze lavorative, le eventuali pubblicazioni edite a stampa **(per le pubblicazione è fatto obbligo di produrre fotocopie e, nell'autocertificazione, il candidato dovrà dichiararne l'autenticità**);

b) curriculum formativo professionale datato e firmato, in formato europeo;

c) fotocopia carta identità in corso di validità;

d) il modulo 2, allegato al presente bando, datato e firmato (consenso al trattamento dei dati personali)

e) elenco in duplice copia di tutti i titoli e documenti presentati.

N.B. Ai sensi dell'art. 74 del D.P.R. N. 445/2000, così come modificato dall'art. 15, comma 1 lettera f) della Legge n. 183/2011, costituisce violazione dei doveri d'ufficio la richiesta e l'accettazione di certificati o di atti di notorietà rilasciati da Pubbliche Amministrazioni o da privati gestori di pubblici servizi. Pertanto, i predetti documenti, ove allegati alla domanda, verranno stralciati ed i titoli così attestati non potranno essere tenuti in considerazione ai fini dell'ammissione e/o della valutazione del curriculum del Candidato.

Ne consegue che le certificazioni prodotte dalla Pubblica Amministrazione, **sia ai fini dell'ammissione sia per la valutazione dei titoli**, dovranno essere sostituite **ESCLUSIVAMENTE** da dichiarazioni sostitutive di certificazione o da dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, redatte ai sensi degli artt. 46 e 47 del D-P-R- N. 445/2000.

Saranno oggetto di valutazione unicamente i titoli, di carriera e accademici, nonché le esperienze curriculari, che il Candidato autocertificherà in modo puntuale e preciso, con indicazione di tutti gli elementi necessari per consentire a questa Azienda la valutazione dei titoli e l'avvio dei rituali controlli di veridicità.

Non saranno oggetto di valutazione i titoli e le esperienze curriculari descritte dal Candidato in modo approssimativo ed impreciso.

E' onere del candidato autocertificare se una Struttura Sanitaria privata, in cui il Candidato abbia prestato servizio, sia accreditata o non accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale. In carenza di dichiarazione l'esperienza professionale verrà valutata quale servizio prestato in Struttura Sanitaria privata non accreditata.

Saranno considerati privi di efficacia i documenti non originali o non autocertificati nelle forme di legge o che perverranno dopo la scadenza prevista dal bando.

Con la presentazione delle domande è comunque implicita, da parte dei concorrenti, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni del presente bando, di legge e di regolamento in vigore e di eventuali modificazioni che potranno essere disposte in futuro.

L'Asst-Rhodense si riserva la facoltà di verificare quanto dichiarato e prodotto dal candidato.

Qualora dal controllo emerga la non veridicità, il candidato decade con effetto immediato dai benefici eventualmente conseguiti, oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità di atti e di dichiarazioni mendaci.

8 – COMMISSIONE DI PUBBLICA SELEZIONE

La Commissione, nominata con provvedimento del Direttore Generale, procederà alla valutazione comparativa della certificazione e della documentazione presentata.

Per la valutazione dei titoli la Commissione avrà a disposizione 20 punti da attribuire nel seguente modo:

- titoli di carriera: 7 punti
- titoli accademici e di studio: 4 punti
- pubblicazioni e titoli scientifici: 2 punti
- curriculum formativo professionale: 7 punti

La Commissione nella valutazione dei titoli, dovrà tenere in particolare considerazione le seguenti caratteristiche professionali che il candidato dimostrerà di possedere:

- qualificazione professionale;
- esperienze già maturate nel settore dell' attività di riferimento sia in relazione a precedenti incarichi svolti sia con riferimento a esperienze documentate di studio e ricerca.

aggiornamento professionale ed eventuali pubblicazioni di lavori nella specifica materia d'interesse;

- eventuali ulteriori elementi ritenuti di particolare interesse rispetto alla tipologia di attività da svolgere nell'ambito della diagnosi e cura dei disturbi psichiatrici in adolescenza.

L'affidamento dell'incarico avverrà a favore dei candidati in base al maggior punteggio complessivo conseguito.

Gli esiti del presente bando saranno pubblicati, successivamente all'adozione del provvedimento deliberativo di approvazione, sul sito web aziendale.

Il Professionista cui verrà conferito l'incarico sarà contattato dagli Uffici competenti per l'accettazione o la rinuncia all'incarico.

Gli incarichi conferiti per la realizzazione del progetto oggetto del presente bando potranno eventualmente essere prorogati una sola volta subordinatamente alla continuità del progetto stesso e ai rispettivi finanziamenti nell'anno di riferimento.

9 - NORME FINALI

Per tutto quanto non previsto dal presente bando si fa riferimento alle norme vigenti in materia di lavoro autonomo.

L'Azienda si riserva la facoltà, di prorogare, sospendere, revocare in tutto o in parte o modificare il presente avviso pubblico a suo insindacabile giudizio, senza obbligo di comunicare i motivi e senza che i concorrenti possano accampare pretese o diritti di sorta.

L'Azienda si riserva comunque di non procedere all'attribuzione dell'incarico di cui al presente avviso per effetto di sopraggiunte disposizioni e/o circostanze ostative, dandone comunicazione agli interessati o qualora l'Azienda rilevi motivi che ne rendano opportuna la mancata attribuzione.

L'Azienda si riserva, in caso di eventuali variazioni del finanziamento assegnato, di abbattere il monte ore assegnato.

Con la partecipazione all'avviso è implicita, da parte dei candidati, l'accettazione senza riserva di tutte le condizioni e clausole in esso previste.

10 - INFORMATIVA

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo n.2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, e successive modificazioni ed integrazioni, quest'Azienda informa che il trattamento dei dati forniti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, pertinenza, trasparenza a tutela della riservatezza e dei diritti degli aspiranti. In particolare il trattamento che l'Azienda intende effettuare:

• ha la finalità di individuare professionisti esterni all'Asst_Rhodense cui conferire incarichi professionali e di gestire, conseguentemente, il rapporto professionale instaurato;

- sarà effettuato in modo manuale e informatizzato;
- i dati non saranno trattati da soggetti terzi;
- i dati personali raccolti, nel caso di conferimento dell' incarico, saranno altresì utilizzati, anche mediante strumenti informatici, per le finalità connesse allo svolgimento dello stesso e potranno essere comunicati a terzi per adempimenti normativi.

Il testo integrale del presente bando è disponibile anche sul sito Internet Aziendale all'indirizzo: http://www.asst-rhodense.it.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso pubblico.

La presentazione della domanda implica la totale conoscenza del presente avviso e ne comporta la piena ed incondizionata accettazione.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla Segreteria del DSM (Tel. 02/994308756)

Garbagnate Milanese,

F.to IL DIRETTORE GENERALE
ASST RHODENSE
IDA MARIA ADA RAMPONI

FACSIMILE DOMANDA
(da redigere in carta semplice)

Al Direttore Generale
dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale
(ASST) Rhodense
Viale Forlanini n. 95
20024 - GARBAGNATE MILANESE (MI)

Il sottoscritto ..... chiede di poter partecipare all' avviso pubblico per soli titoli per la formazione di un elenco di candidati idonei per il conferimento di **N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE a Medico per realizzazione di attività previste dal piano locale operativo GAP per il sottobiettivo 3.3 "IMPLEMENTARE NELLA RETE DEI SERVIZI (ASST) MODELLI DI CURA PER PAZIENTI POLIDIPENDENTI AFFETTI SIA DA GAP CHE DISTURBO DA USO DI SOSTANZE".**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA DI :

essere nato a..... provincia (.....), il..... e di risiedere a ..... provincia.(....) in via....., n. ..... c.a.p.....; C.F. .....; e-mail: .....; telefono:.....; P.IVA:.....;

- ❑ essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- ❑ essere appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
- ❑ essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di .....;
- ❑ non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi .....;
- ❑ essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:
  - o diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso ..... il .....;
  - o Diploma di Specializzazione in ..... conseguito presso.....il.....;
  - o Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi di.....n.....del.....;
- ❑ non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
- ❑ non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati;
- ❑ non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- ❑ aver riportato le seguenti condanne penali .....;
- ❑ essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- ❑ non trovarsi in situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità come previsto dalla legge 190/2012, art. 1, comma 42, lettera h;
- ❑ possedere idoneità fisica all'impiego;
- ❑ non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 5, co. 9, del DL 95/2012, convertito in L. 135/2012, e s.m.i (lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza);
- ❑ sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni dell'Azienda, ivi incluso il Codice Etico comportamentale, il Codice di Comportamento del Personale, il Piano Aziendale di prevenzione della Corruzione.

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:
via ..... Cap……. Città .....prov. (……) tel.: ..... indirizzo e-mail : ……

Data ..... FIRMA .....

MODULO 1 –

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA'

(artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a……. nato/a a …….…… il …….
residente a …… in via…….. consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000

DICHIARA

- ❑ essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ conseguita il _____ presso _____
- ❑ essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Medico conseguito in data _____ presso l'Università _____;
- ❑ essere in possesso del diploma di specializzazione in _____conseguito il _____ presso _____
- ❑ di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- ❑ di essere appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
- ❑ DI AVER PRESTATO I SEGUENTI SERVIZI PRESSO (**INDICARE CON PRECISIONE** ESCLUDENDO EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA/SOSPENSIONI):

STRUTTURE PUBBLICHE						
	QUALE DIPENDENTE		**QUALE LIBERO PROFESSIONISTA**		**Periodo**	
Amministrazioni	**Indicare qualifica**	**Rapp. lav. TP/PT - %**	**Indicare Professionalità**	**n. ore sett.**	**Dal gg/mm/aa**	**al gg/mm/aa**

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE/CONVENZIONATE CON IL S.S.N.						
	QUALE DIPENDENTE		**QUALE LIBERO PROFESSIONISTA**		**Periodo**	
Amministrazioni					**Dal**	**al**

	Indicare qualifica	Rapp. lav. TP/PT -%	Indicare Professionalità	n. ore sett.	gg/mm/aa	gg/mm/aa

STRUTTURE PRIVATE

	QUALE DIPENDENTE		QUALE LIBERO PROFESSIONISTA		Periodo	
Amministrazioni	**Indicare qualifica**	**Rapp. lav. TP/PT – %**	**Indicare Professionalità**	**n. ore sett.**	**Dal gg/mm/aa**	**al gg/mm/aa**

- **di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari, come di seguito indicato:**

N.	TITOLO	giorno/mese/anno	luogo svolgimento	crediti ECM
1				
2				

3				
4				
5				
6				

- **di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari, come di seguito indicato:**

N.	TITOLO	giorno/mese/anno	luogo svolgimento	crediti ECM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

- **che le copie dei seguenti lavori scientifici editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione), allegate alla presente dichiarazione sono conformi all'originale;**

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

- **che le copie dei seguenti documenti (oltre alle pubblicazioni di cui sopra) allegate alla presente dichiarazione sono conformi all'originale**;

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

……
……
……
……
……
……
……
……
……

- **Altro (indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione delle situazioni certificate ivi compresi eventuali attività indicate quali requisiti preferenziali)**

  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……
  ……

.
Luogo e data _____ Firma _____

Luogo e data _____ Firma _____

Allegare obbligatoriamente:

1. **fotocopia (fronte/retro) non autenticata di un documento di identità in corso di validità.**

MODULO 2

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016 (di seguito Regolamento UE), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, si forniscono le seguenti informazioni:

- Titolare del Trattamento: il Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense (ASST), i cui dati di contatto sono riportati in calce.

- Responsabile della Protezione dei dati: nominato con Deliberazione del Direttore generale n. 41 del 25/01/2018, è Veronica Bruno, contattabile ai seguenti recapiti: e-mail: privacy@asst-rhodense.it - Tel: 02.99430.1859/2034.

- Finalità: i Suoi dati personali ed eventuali dati relativi alla salute, da Lei forniti mediante la documentazione presentata per la procedura di assunzione/mobilità, per la costituzione di altre tipologie di rapporti, o acquisiti successivamente, in relazione alla gestione della Sua posizione con l'ASST, saranno oggetto di trattamento per finalità relative agli adempimenti connessi alla gestione del rapporto di lavoro (dipendente e non) o alla gestione di altre tipologie di rapporti con l'ASST (ad esempio, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: frequentatori, tirocinanti, specializzandi, stagisti, etc.).

- Categorie dei dati trattati:
  - dati personali
  - dati relativi alla salute
  - dati genetici
  - dati giudiziari

- Destinatari dei dati: i dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi.

I dati personali acquisiti potranno essere comunicati, in relazione ad uno specifico obbligo di legge, di regolamento o di contratto, sempre nel rispetto del principio di pertinenza e non eccedenza, a soggetti terzi quali: enti assicurativi, assistenziali, società assicurative, centri di elaborazione dati, collegi professionali, enti di controllo nazionali, regionali e locali (Ministero della Sanità, Regione Lombardia, ATS, etc.).

- Periodo di conservazione: i tempi minimi di conservazione dei dati sono definiti dal Massimario di scarto della documentazione del Sistema Socio Sanitario regionale lombardo vigente, approvato con Decreto della Giunta Regionale.

- Base giuridica: i dati saranno oggetto di trattamento sulla base di uno dei seguenti presupposti:
  - il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte;
  - il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento;
  - il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.

- Diritti dell'interessato: Lei potrà rivolgersi al Titolare del trattamento per far valere i Suoi diritti, previsti dagli artt. 15 e 16 del Regolamento UE, tra i quali, a titolo esemplificativo, l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, l'integrazione.

- Reclami: Lei può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST, con sede in Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese, tel. 02.994301814 - email: urp@asst-rhodense.it.

Il Titolare del trattamento dei dati
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DIRETTORE GENERALE DELL'ASST