



AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' AMBULATORIALE DI DERMATOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEI NEVI E DELLE LESIONI PIGMENTATE PRESSO IL POLIAMBULATORIO DEL P.O. DI RHO

Si rende noto che in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 630 del 5 dicembre 2016 è indetto avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale per lo svolgimento di attività ambulatoriale di Dermatologia per la valutazione dei nevi e delle lesioni pigmentate presso il Poliambulatorio del P.O. di Rho della durata dalla data di sottoscrizione del contratto e contestuale inizio attività fino al 31.12.2017 ai sensi dell'art. 7 co. 6 del D.Lgs. n. 165/2001.

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE

1. Laurea in Medicina e chirurgia;
2. Diploma di specializzazione in Dermatologia e Venereologia, od equipollente;
3. Abilitazione all'esercizio della professione medico-chirurgica;
4. Iscrizione all'Ordine dei Medici;
5. Esperienza almeno quinquennale nella disciplina di Dermatologia.

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

OGGETTO DELL'INCARICO

Effettuazione di visite dermatologiche ad adulti e bambini per la valutazione dei nevi e delle lesioni pigmentate.

OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Effettuazione delle visite richieste al fine di ridurre i tempi di attesa.

DURATA, COMPENSO, LUOGO

L'incarico avrà durata dalla data di sottoscrizione del contratto e contestuale inizio attività fino al 31.12.2017.

Il corrispettivo complessivo massimo previsto per il periodo indicato è determinato in €5.000,00.(lordi onnicomprensivi).

Il luogo principale di svolgimento dell'incarico risulta il Poliambulatorio di Dermatologia del P.O. di Rho è da intendersi comunque provvisorio e suscettibile di modifiche in relazione a necessità organizzative ed assistenziali dell'Azienda. L'incarico sarà svolto sotto il coordinamento del Dirigente Responsabile della Direzione Medica del P.O. di Rho.

L'impegno richiesto è di massimo n. 3 ore settimanali, per un compenso lordo di €. 35,00/ora.

2 - PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE

Le domande di partecipazione, redatte in carta semplice, indirizzate all' Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense corredate della documentazione di seguito richiesta, dovranno pervenire all'Ufficio Protocollo dell'ASST Rhodense - Viale Forlanini, n. 95 - 20024 Garbagnate Milanese (l'Ufficio Protocollo successivamente provvederà a consegnarle all'U.S.C. AA.GG.LL.) **entro le ore 12.00 del giorno 27/12/2016** o in alternativa essere inviate mediante PEC alla mail di seguito riportata: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it comunque **entro le ore 12.00 del giorno di scadenza suindicato**.

Detto termine è perentorio e non verranno prese in considerazione le domande, documenti e titoli che perverranno – qualunque ne sia la causa – oltre la sopraindicata scadenza, anche se recanti timbro postale di spedizione antecedente. A tal fine farà fede la data di protocollo dell'Azienda. L'orario di apertura dell'Ufficio Protocollo è dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14,00 alle ore 16,30.

SI FA PRESENTE CHE IL COLLOQUIO PREVISTO NELL'AMBITO DEL PRESENTE AVVISO AVRA' LUOGO IN DATA

28/12/2016 alle ore 14.00

PRESSO L'USC AMMINISTRAZIONE E SVILUPPO DEL PERSONALE

**ASST RHODENSE - OSPEDALE DI GARBAGNATE
(Secondo Piano)
Viale Forlanini n. 95 Garbagnate Milanese**

PERTANTO I CANDIDATI CHE PRESENTERANNO LA DOMANDA DI AMMISSIONE ENTRO I TERMINI DI SCADENZA DEL BANDO SONO INVITATI SIN D'ORA, SENZA ULTERIORE AVVISO DI CONVOCAZIONE, A PRESENTARSI, MUNITI DI IDONEO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO, PER IL COLLOQUIO NEL GIORNO E NELL'ORA SOPRA INDICATI.

L'ASSENZA NEL LUOGO, ORA E GIORNO PREINDICATI, SARA' RITENUTA RINUNCIA ALL'AVVISO.

(Solo eventuali esclusioni all'avviso per carenza dei requisiti specifici saranno comunicati agli interessati prima della data prevista per il colloquio).

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

1. cognome e nome;
2. data, luogo di nascita e di residenza e domicilio, numero di telefono ed e-mail;
3. possesso della laurea in medicina e chirurgia con la data di conseguimento della stessa;
4. possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo con la data di conseguimento della stessa;
5. possesso di attuale iscrizione all'Albo professionale di..... con numero e data di iscrizione;

6. possesso della Specializzazione in Dermatologia e Venereologia , od equipollente;
7. la cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei paesi membri dell'Unione Europea;
8. il Comune di iscrizione nelle liste elettorali ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
9. le eventuali condanne penali riportate ed i procedimenti penali in corso ovvero l'assenza di condanne e di procedimenti penali in corso;
10. i servizi prestati con rapporti di lavoro dipendente (con indicazione della durata) presso pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
11. i servizi prestati (con indicazione della durata e del tipo di rapporto : dipendente, incarico libero professionale, ecc.) presso strutture private convenzionate e non;
12. i servizi prestati (con indicazione della durata) come libero professionisti o con rapporti flessibili di lavoro (co.co.co., ecc.);
13. per i soli cittadini di uno dei paesi dell'unione europea: il godimento dei diritti civili e politici in Italia e nello Stato di appartenenza o di provenienza e la conoscenza della lingua italiana, adeguata alla posizione funzionale da conferire (che verrà accertata dalla commissione esaminatrice contestualmente alla valutazione delle prove d'esame).
14. i titoli professionali e di studio posseduti nonché i requisiti specifici richiesti per l'ammissione;
15. il possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
16. il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura;
17. il domicilio presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni necessaria comunicazione. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto la residenza;
18. 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 di prevenzione della corruzione dell'Azienda pubblicati sul sito internet Aziendale ;

Ogni aspirante candidato dovrà altresì indicare nella domanda di partecipazione le seguenti dichiarazioni di inesistenza di cause di esclusione e di incompatibilità:

- di non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione;
- di non essere stato già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;
- di non trovarsi in conflitto di interesse con riferimento all'incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia concorrente o incompatibile con quella svolta dall'ASST Rhodense;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
- di 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;
- di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali.

La domanda di partecipazione, datata e firmata, dovrà essere accompagnata dalla fotocopia del documento di identità.

3 - DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Alla domanda di partecipazione contenente le dichiarazioni di cui al punto 2 devono essere **allegati i sottoindicati documenti** da prodursi mediante dichiarazione sostituiva di atto di notorietà e/o di

autocertificazione nelle forme di cui al DPR n. 445/2000 (utilizzando, in questo caso, esclusivamente **la modulistica allegata** al presente bando) :

- a) certificazioni attestanti il possesso dei requisiti specifici richiesti per la partecipazione all'avviso;
- b) certificazioni relative all'aggiornamento professionale, ai titoli di studio e alle esperienze lavorative che i candidati ritengano opportuno presentare ai fini della valutazione di merito;
- c) pubblicazioni edite a stampa;
- d) un curriculum formativo professionale datato e firmato;
- e) un elenco di tutti i documenti allegati alla domanda datato e firmato;
- f) fotocopia del documento di identità in corso di validità

Il curriculum non costituisce autocertificazione e, pertanto, quanto in esso dichiarato dev'essere documentato allegando le relative certificazioni utilizzando il modulo 1 allegato al presente bando.

I titoli devono essere prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, utilizzando l'unito modulo 1 a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare.

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

Eventuali autocertificazioni indicate **solo** nel curriculum non saranno valutate anche se il candidato dovesse richiamare le norme di cui al DPR 445/2000.

Saranno considerati privi di efficacia i documenti non originali o non in copia autentica 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.

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale 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.

4 – MODALITA' DI ESPLETAMENTO DELL'AVVISO PUBBLICO

La Commissione, nominata con provvedimento del Direttore Generale, vaglierà le domande pervenute e sottoporrà i candidati a colloquio proponendo, sulla scorta dei punteggi attribuiti e della conseguente graduatoria, l'incarico libero professionale.

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

- titoli di carriera: 10 punti
- titoli accademici e di studio: 3 punti
- pubblicazioni e titoli scientifici: 3 punti
- curriculum formativo professionale: 4 punti

Per il colloquio la Commissione avrà a disposizione ulteriori 30 punti

La Commissione nella valutazione dei titoli e del colloquio 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;
- attitudine alla 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.

L'affidamento dell'incarico verrà assegnato sulla base della graduatoria redatta dalla Commissione

L'esito della procedura sarà comunicato e pubblicato sul sito web aziendale

5- NATURA E DURATA DELL'INCARICO

Il candidato vincitore, nominato con provvedimento del Direttore Generale, sarà chiamato a stipulare apposito contratto di incarico libero professionale di prestazione d'opera con obbligo di partita IVA nel quale saranno indicati i seguenti elementi:

- Oggetto ed attività previste dell'incarico: effettuazione visite dermatologiche ad adulti e bambini per la valutazione dei nevi e delle lesioni pigmentate;
- Obiettivi e risultati attesi: riduzione dei tempi di attesa;
- Modalità di verifica dei risultati: valutazione in merito all'effettiva osservanza dell'attività svolta sulla base di una relazione del Responsabile del Dirigente Medico della Direzione Sanitaria del Presidio di Rho;
- Impegno orario : massimo 3 ore settimanali secondo le modalità che saranno individuate dal Dirigente Medico della Direzione Medica del Presidio di Rho per un compenso lordo di €. 35,00/ora (lordi onnicomprensivi);
- Durata: dalla data di sottoscrizione del contratto e contestuale inizio attività, fino al 31.12.2017, con possibilità di proroga;
- Compenso totale €. 5.000,00 (lordi onnicomprensivi);
- Il compenso verrà erogato, di norma, con cadenza mensile previa presentazione di regolare fattura da parte del libero professionista e di rendicontazione delle ore effettivamente prestate;
- L'attività verrà svolta presso il Poliambulatorio del Presidio di Rho;
- Tipologia dell'incarico: il conferimento dell'incarico non dà luogo ad alcun rapporto di lavoro dipendente con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense ma ad una prestazione d'opera di lavoro autonomo ai sensi e per gli effetti degli artt. 2222 e seguenti del codice civile.

In caso di conferimento degli incarichi, i professionisti dovranno provvedere a stipulare e presentare all'ASST Rhodense idonee polizze assicurative per la copertura degli Infortuni e della Responsabilità Civile verso terzi in relazione all'attività professionale da prestare .

6 - 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 sospensione.

Il conferimento dell'incarico libero professionale è vincolato e subordinato alla conferma da parte della Regione, della copertura finanziaria a suo carico dei relativi oneri.

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

7-INFORMATIVA

Ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs 30.6.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e, in particolare, delle disposizioni di cui all'art. 13, 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 ed in particolare il trattamento che l'Azienda intende effettuare:

- ha la finalità di individuare professionisti esterni all' Azienda Socio Sanitaria Territoriale - 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 incarico, saranno altresì utilizzati, anche mediante strumenti informatici, per le finalità connesse allo svolgimento dell'incarico e potranno essere comunicati a terzi per adempimenti normativi.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'U.S.C. AA.GG.LL. (tel. 02/994302063-2602)

Garbagnate Milanese,

FIRMATO
Il Direttore Generale
Ida Maria Ada Ramponi

FACSIMILE DOMANDA (da redigere in carta semplice)

All'Amministrazione
Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense
"G. Salvini" di Garbagnate M.
Viale Forlanini,95
20024 GARBAGNATE MILANESE

Il sottoscritto _____ chiede di poter partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale per lo svolgimento di attività ambulatoriale di dermatologia per la valutazione dei nevi e delle lesioni pigmentate presso il Poliambulatorio del Presidio di Rho.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere, di:

- essere nato a _____ il _____ e di risiedere a _____ in Via _____, telefono n. _____ mail: _____;
- essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ conseguita il _____ presso _____;
- essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico conseguita in data _____ presso l'Università _____;
- essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici _ della Provincia di _____ a decorrere dal _____ al n. _____;
- essere in possesso del diploma di specializzazione in Dermatologia e Venereologia o equipollente conseguito presso _____ in data _____ che la scuola di specializzazione ha avuto la durata di anni _____;
 - ai sensi del D.Lgs. 257/91
 - ai sensi del D.Lgs n. 368/99;
(barrare la casella corrispondente ai fini della valutazione del titolo ai sensi dell'art. 27 – comma 7 del D.P.R. 483/1997);
- aver maturato esperienza professionale almeno quinquennale in ambito _____ nella disciplina di Dermatologia presso _____ per il periodo... _____
- essere cittadino italiano ovvero cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione europea di seguito riportato: _____;
- essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi _____;
- essere in possesso del godimento dei diritti civili e politici in Italia e nello Stato di appartenenza o di provenienza nonché di conoscere la lingua italiana adeguatamente alla posizione funzionale da conferire **(che verrà accertata dalla commissione esaminatrice contestualmente alla valutazione della prova d'esame – colloquio - per i soli cittadini di uno dei paesi dell'unione europea).**
- non aver riportato condanne penali e/o procedimenti penali in corso, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali e/o procedimenti penali in corso _____;
- prestare oppure avere o non avere prestatato servizio:

- presso pubbliche Amministrazioni

-
- presso Strutture private convenzionate e non

-
- Quale libero professionista o con rapporto flessibile di lavoro (CO.CO.CO)

(con indicazione della durata, tipo di rapporto –ad es.: dipendente/libero professionista - ed eventuale causa di cessazione del rapporto di lavoro).

- di essere in possesso dei requisiti specifici richiesti per l'ammissione al presente bando;
- di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego

Dichiara, altresì:

- di non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione;
- di non essere stato già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza
- di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
- di 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;
- di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali.

- 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 di prevenzione della corruzione dell'ASST Rhodense pubblicati sul sito internet aziendale.
- chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:
Via _____ CAP _____ CITTÀ' _____ Telefono _____.

Data _____

FIRMA

N.B. Alla domanda il candidato dovrà allegare:

- **In originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, utilizzando l'unito modulo 1 a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare - tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;**
- **Modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 D.lgs. 196/03 (MODULO 2 allegato al presente bando).**
- **Curriculum formativo e professionale, datato e firmato**
- **Elenco in carta semplice, delle pubblicazioni e dei titoli presentati.**
- **Copia di un documento di identità**

MOD. 1

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)**

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

DICHIARA

- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso
in data
- essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguito in
data presso l'Università
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in Dermatologia e Venereologia o equipollente
conseguita presso in data che la scuola di specializzazione ha
avuto la durata di anni _____;
 - o ai sensi del D.Lgs. 257/91
 - o ai sensi del D.Lgs n. 368/99;
*(barrare la casella corrispondente ai fini della valutazione del titolo ai sensi dell'art. 27 – comma 7 del
D.P.R. 483/1997);*
- di aver maturato esperienza professionale almeno quinquennale nella disciplina di Dermatologia
presso _____ per il periodo... _____
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici-chirurghi di.....

• che le copie dei seguenti documenti uniti alla presente dichiarazione sono conformi agli originali:

• di avere prestato i seguenti servizi:

Amministrazione _____
Tipo di Rapporto* _____
Qualifica _____
Periodo di Servizio: dal _____ al _____
Impegnativa Oraria _____
Causa di Risoluzione del rapporto di lavoro _____ _____
Amministrazione _____

Tipo di Rapporto* _____
Qualifica _____
Periodo di Servizio: dal _____ al _____
Impegnativa Oraria _____
Causa di Risoluzione del rapporto di lavoro _____ _____

* indicare se a tempo determinato, indeterminato, libero/professionale, consulente o altro.

• altro:

(indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione delle situazioni certificate).

luogo, data _____

firma per esteso del dichiarante _____

MOD. 2

Informativa per il trattamento dei dati personali (art.13 D.Lgs. 196/03)

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi dell'art 13 del D.lgs n.196 del 30/06/03, La informa che i dati personali (*) e sensibili (**) acquisiti saranno utilizzati per le finalità inerenti l'espletamento delle procedure concorsuali/selettive.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici, comunque idonei a garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi, ad opera di incaricati dell' L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense appositamente autorizzati, nel rispetto dell'ambito del trattamento stabilito in relazione alle proprie mansioni.

I dati personali relativi alla graduatoria (ad esempio: nominativo, posizione, punteggio) per la costituzione dell'eventuale rapporto di lavoro a tempo indeterminato, così come previsto da normative vigenti, saranno oggetto di diffusione mediante pubblicazione sul BURL, nonché oggetto di comunicazione in Regione per consentire l'eventuale utilizzo della graduatoria.

Il Titolare del Trattamento è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense, con sede legale in Viale Forlanini 95, 20024 Garbagnate Milanese (MI). Lei, in qualità di interessato al trattamento, potrà rivolgersi al Responsabile del Trattamento, nella figura del Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense in Viale Forlanini 95, 20024 Garbagnate Milanese, per far valere i Suoi diritti, previsti dall'art. 7 del Codice, tra i quali, in particolare, citiamo a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati.

(*) Per dato personale si intende qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.

(**) Per dati sensibili si intendono "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" (lett. d, comma 1, art.4 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).

Garbagnate Milanese, Firma per consenso

luogo, data

firma per esteso del dichiarante.....

N.B. (Allegare una fotocopia del documento di Identità in corso di validità)

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.L. n. 196/2003: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse al procedimento inerente la selezione

N.B. Fermo restando quanto previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 qualora dal controllo di cui all'art.71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.