DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE
Direttore: Dott. Valerio F. Profeta
Tel. 0861420275 – Fax 0861420274
e mail: valerio.profeta@aslteramo.it
PEC: cast@pec.aslteramo.it

U.O.C. ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA ASSISTENZA TERRITORIALE E DISTRETTUALE
Direttore: dott. Francesco Baiocchi *- tel.: 0861/420402 - mail: francesco.baiocchi@aslteramo.it*

Ufficio Specialistica Ambulatoriale Tel. 0861/420285 – fax 0861/420438

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DEL 31.03.2020

OGGETTO: 1° TRIMESTRE 2024. PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, AI SENSI DELL'ART. 22 DEL VIGENTE ACN DEL 31.03.2020 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO (DAL 16 GIUGNO AL 15 SETTEMBRE 2024).

SEDE	BRANCA	ORE SETT.LI
SERVIZIO IGIENE DELLA PRODUZIONE,TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI	BRANCA IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI.	20 ORE

SI RENDE NOTO

–AVVISO SUI REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER L'AMMISSIONE DEI CONCORRENTI E SUI TERMINI E SULLE MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE DEI TURNI PUBBLICATI –

Ai sensi degli articoli 20 e 21 del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020, per la disciplina dei rapporti coi Medici specialisti ambulatoriali, per i Medici veterinari e delle altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), si rendono noti i turni di specialistica ambulatoriale disponibili presso le strutture della ASL di Teramo pubblicati/che verranno pubblicati in data 01.03.2024 sul sito aziendale. Gli interessati potranno visualizzare ed estrarre la documentazione occorrente sul sito web aziendale seguendo il presente percorso: home page →Azienda →Medicina Convenzionata →Specialisti ambulatoriali → Turni di specialistica ambulatoriale per il conferimento di incarichi a tempo determinato 1° TRIMESTRE 2024, oppure, presso la home page aziendale nello spazio "IN PRIMO PIANO".

I medici specialisti, i medici veterinari e i professionisti aspiranti al/ai turno/i disponibile/i, dovranno inoltrare dal giorno 1 al giorno 15 del mese di pubblicazione, pena l'esclusione, la dichiarazione di disponibilità specificando i turni disponibili ai quali si intende concorrere.

La domanda, redatta in carta libera, deve essere indirizzata al Direttore Generale della ASL di Teramo, Circonvallazione Ragusa, 1 – 64100 Teramo e deve essere inoltrata esclusivamente **a mezzo PEC al seguente indirizzo:** cast@pec.aslteramo.it.

I concorrenti dovranno allegare tutta la documentazione prevista dall'avviso di pubblicazione.
La ASL non terrà conto delle domande pervenute in difformità alle disposizioni di cui al presente avviso.
Non è ammessa la presentazione di documenti dopo la scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Questa ASL non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione o tardiva ricezione della domanda che deve essere firmata in calce dal candidato. La domanda non sottoscritta dal candidato determinerà l'esclusione dalla procedura di selezione. La domanda di partecipazione deve essere, altresì, presentata unitamente alla fotocopia di un documento d'identità personale in corso di validità, a pena di esclusione.

Si precisa che la validità dell'invio della domanda di partecipazione mediante posta elettronica certificata (PEC), così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di propria casella di posta elettronica certificata. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato. La domanda di partecipazione trasmessa a mezzo posta elettronica certificata dovrà essere inviata unitamente alla documentazione alla stessa allegata in un unico file formato pdf. La validità della trasmissione e ricezione della domanda e della documentazione trasmesse è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna.
La dichiarazione di disponibilità trasmessa a mezzo PEC dovrà essere firmata dal candidato in maniera autografa e scannerizzata oppure firmata digitalmente e inviata unitamente alla documentazione richiesta e al documento d'identità.
L'Amministrazione non assume la responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files.
Non verranno prese in considerazione dichiarazioni di disponibilità pervenute in modi diversi da quelli indicati.

Gli aspiranti al/ai turno/i, qualora si trovino in una delle posizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 di cui al vigente Accordo Collettivo Nazionale o svolgano altre attività incompatibili che, sommate alle ore di incarico richieste, vengano a superare il massimale orario di n. 38 (trentotto) ore settimanali consentito dall'art.28 del vigente ACN del 31.03.2020, dovranno specificare nella domanda l'attività che sono disposti a cessare.

Si precisa che lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione. Le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse.
I requisiti previsti per il conferimento dell'incarico sono quelli elencati nell'art. 19 comma 4 del vigente ACN del 31.03.2020, che si allega alla presente informativa.
La procedura per il conferimento dei turni in argomento è quella prevista dagli artt. 20 e 21 del vigente ACN del 31.03.2020, che si allegano alla presente informativa.

Per i turni pubblicati ai sensi dell'art. 20, comma 5 del vigente ACN–che richiedono il possesso di particolari capacità professionali e che saranno valutate secondo criteri definiti dalla competente Commissione Tecnica Aziendale–gli specialisti interessati dovranno presentare domanda, con allegata dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio e di -autocertificazione informativa-allegato B, entrambe ai sensi e per gli effetti "dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445", utili ed attinenti alla specificità della selezione (autocertificazione dettagliata attinente ai titoli di servizio, attestazione di strutture pubbliche, attestazione di strutture private accreditate, attestazione di istituti scientifici, attestazione di istituti universitari e corsi di partecipazione ad aggiornamento specifico).

Eventuali curriculum allegati dovranno essere prodotti in forma di autocertificazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000.

Al fine di procedere all'acquisizione diretta di stati, qualità personali e fatti presso l'amministrazione competente, ai sensi della normativa vigente (D.P.R. 445/2000 e L. 12.11.2011 n. 183) il candidato nell'autocertificazione informativa, nel dichiarare la capacità professionale richiesta, deve specificare in apposito spazio, la natura del rapporto di lavoro (se dipendenza, convenzione ACN specialistica ambulatoriale,

collaborazione, volontariato, altro), le strutture presso le quali sono state effettuate, i servizi/le attività svolte, con indicazione del recapito delle medesime (denominazione, indirizzo, n. tel. e fax, ufficio di riferimento e, se possibile, il funzionario addetto) e con indicazione precisa delle attività numericamente ed effettivamente svolte e dell'esatto periodo di attività.

Si precisa che in applicazione della Legge 12 novembre 2011, n. 183, art. 15 (Legge di stabilità 2012), non saranno accettate certificazioni o attestazioni riferite a stati, qualità personali e fatti dei soggetti partecipanti alla procedura di selezione successive al 01.01.2012 e, in tal caso la mancata autocertificazione sulla capacità professionale comporterà l'esclusione dalla procedura di conferimento incarico.

Si precisa, infine, che con il conferimento dei dati il professionista autorizza il relativo trattamento da parte della la ASL Teramo che, nell'ambito del presente avviso, nonché per le conseguenti attività di gestione dei rapporti convenzionali con i professionisti incaricati, tratterà i dati personali conferiti nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016 relativo alla protezione dei dati personali e del D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs. 10.08.2018 n. 101. Si invita a prendere visione dell'informativa ex art. 13 del citato Regolamento allegata al presente Avviso.

Le dichiarazioni imprecise, incomplete, contraddittorie e prive del documento di riconoscimento NON saranno prese in considerazione.

Allegati:
1) fac-simile domanda
2) dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ASL
3) allegato B autocertificazione informativa ASL
4) informativa privacy.

Il Responsabile del Procedimento
(Dott.ssa Francesca Cioci)

IL DIRETTORE U.O.C.
(Dott. Francesco Baiocchi)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
(Dr. Valerio F. Profeta)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Maurizio Di Giosia)

ASL TERAMO
Circonvallazione Ragusa n. 1
64100 TERAMO

RACCOMANDATA A. R. o PEC

OGGETTO: Dichiarazione **disponibilità** al conferimento di TURNO/I SETTIMANALE/I DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISPONIBILE/I A TEMPO DETERMINATO.

TRIMESTRE PUBBLICAZIONE: 1°/ 2024 (pubblicazione dal 01 al 15 del mese di marzo 2024)

BRANCA: _____

Il/La sottoscritto/a
Dr./Dr.ssa_____

nato/a il _____ / _____ / _____ a _____

residente a _____ in Via/Piazza n. _____

_____ CAP _____

n° tel. _____n° cellulare _____indirizzo PEC: _____

DICHIARA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico per il seguente turno settimanale **(gli interessati dovranno presentare separata domanda per ogni singolo turno**)

(descrizione turno con indicazione ore, branca e sede)

TURNO SETTIMANALE DI N. 20 (venti) ORE SETTIMANALI NELLA BRANCA DELL'IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI.

Luogo e data _____

Firma

_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M__F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo .....n.....Cap.....
consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- ☐ di essere cittadino italiano;
- ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE *(specificare)*.....
- ☐ di essere cittadino del seguente Stato _____ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. *(cfr. punto 1 delle "Avvertenze Generali");*

☐ di possedere ☐ il diploma di laurea ovvero ☐ la laurea specialistica della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - scienze biologiche - chimica - psicologia) conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....; *(cfr. punto 2 delle "Avvertenze Generali")*

con voto ...../110 ☐ senza lode ☐ con lode,
con voto ...../100 ☐ senza lode ☐ con lode;

- di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione..... presso l'Università di.....;

- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di.....dal...../...../.....;

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto.....☐ senza lode ☐ con lode

ovvero - per la branca di Cure palliative - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione.....il...../...../.....;

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale - APP);

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato *(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*:

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- (<u>solo per specialisti cessati dall'incarico a tempo indeterminato</u>): di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato *(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*:

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

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

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

- di ☐essere ☐non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data..... Firma .....

La domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente alla copia del documento di identità.

ALLEGATO B

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M__F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo .....n.....Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

2. 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.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi *(in caso*

*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività*_____);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. *(in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività*_____);

13. 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-quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* _____);

17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei_____di_____.
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):*_____
_____;

18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta*_____ *e la misura dell'indennità percepita*_____).

NOTE (3)

.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso .....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).
Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante_____

Il funzionario

_____

(1) cancellare la parte che non interessa
(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità
(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni al comitato di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.

Gentile Medico in convenzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/Pediatria di Libera Scelta/Emergenza Territoriale "118"/Specialista ambulatoriale/Veterinario/Professionista,
in attuazione del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito "Regolamento" o "GDPR") ed in conformità rispetto a quanto previsto dal D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di Protezione dei Dati Personali" come modificato dal D. Lgs. 101/2018 (di seguito anche "Codice"), la ASL di Teramo, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, con il presente documento intende fornirLe tutte le informazioni di cui di cui all'art. 13 e 14, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all'articolo 34 del Regolamento UE 2016/679, di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue.
I dati personali che le vengono richiesti sono necessari per l'esecuzione di un obbligo normativo di cui l'interessato è parte, su richiesta dello stesso, per la partecipazione alle procedure per l'inclusione graduatorie aziendali, ovvero per l'avviso del conferimento di incarichi e la gestione di tutti gli adempimenti che ne derivano, e trattati nel rispetto del segreto professionale, nonché secondo i principi della normativa in materia di protezione dei dati personali (c.d. privacy).

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la ASL 4 Teramo, P.I.V.A. 00115590671 con sede in Circ.ne Ragusa n.1, 64100 Teramo.
Per informazioni e richieste relative unicamente alla protezione dei dati personali (c.d. "privacy") è possibile chiamare il 0861420223 o **preferibilmente scrivere a protezionedati@aslteramo.it**.

Il Responsabile per la Protezione Dati

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD o DPO) è contattabile **per reclami e segnalazioni inerenti alla protezione dei dati personali** presso la sede del Titolare ed al seguente indirizzo **dpo@aslteramo.it**.

Finalità del trattamento

I dati personali forniti sono necessari per consentire il Suo inserimento nelle graduatorie aziendali valevoli per Medico in convenzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria/Pediatria di Libera Scelta/Emergenza Territoriale "118"/Specialista ambulatoriale/Veterinario/Professionista, secondo quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali di riferimento, per l'Avviso del conferimento dell'incarico e per la gestione degli adempimenti derivanti dall'incarico stesso, in via esemplificativa me non esaustiva sia per le comunicazioni inerenti alla graduatoria sia per la gestione dei rapporti convenzionali con i professionisti incaricati quali la formazione obbligatoria e le convocazioni di tavoli di lavoro.

Base giuridica

Le basi giuridiche di riferimento per le finalità sopra indicate dai seguenti articoli del Regolamento:

- adempiere un obbligo legale al quale è soggetta la Asl di Teramo, in qualità di Titolare del trattamento (art. 6.1.c del Regolamento);
- per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento (art. 6.1.e del Regolamento).

Periodo di Conservazione o criteri per determinare tale periodo

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla gestione della graduatoria, che sarà pubblicata sul sito aziendale per un periodo di 1 anno, nonché, successivamente, per finalità di gestione del rapporto con i medici in convenzione ed in ogni caso i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
La tempistica di conservazione della documentazione contenente dati personali è regolamentata da quanto previsto nel "Prontuario di selezione per gli archivi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" approvato con Deliberazione n° 128 del 3 febbraio 2015 e pubblicato sul sito della ASL Teramo: https://www.aslteramo.it/datipersonali/.

Categorie di Dati Personali

- *Dati personali (art. 4.1 del Regolamento)*: cognome, nome residenza, documento di riconoscimento, titoli di studio e professionali, specializzazione e dati economici per la liquidazione mensile delle competenze

Ambito di comunicazione dei dati (destinatari)

I dati saranno comunicati agli enti pubblici previsti dalla normativa per comunicazione della graduatoria, ovvero del conferimento di incarichi (Regione Abruzzo), nonché negli altri casi previsti dalla normativa nell'ambito della gestione dei rapporti con i professionisti ivi compresa la pubblicazione nelle pagine dell'Ente (Amministrazione Trasparente, Albo Pretorio e simili).

Modalità di trattamento dei dati personali

Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti automatizzati e non, i suoi dati personali sono, altresì, trattati dal personale sanitario e amministrativo dell'Azienda, nominato "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali, con delega o senza delega a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento", nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nei limiti dello scopo per cui sono stati raccolti.

Si precisa che la ASL Teramo non effettua il trattamento di dati automatizzato, compresa la profilazione (art. 22 GDPR e Considerando 71). I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste (cartacee e informatiche).

Tutti i Suoi dati personali verranno trattati nel rispetto dei Principi applicabili al trattamento di dati personali secondo quanto previsto dall'art. 5 del Regolamento. La protezione dei suoi dati è garantita dall'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi dell'art. 32 del Regolamento.

Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

Si informa che, tenuto conto delle finalità del trattamento come sopra illustrate, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità dell'inserimento in graduatoria, ovvero del conferimento dell'incarico e successiva gestione dei rapporti con i professionisti. I dati sono ottenuti direttamente dall'Interessato.

Diritti dell'interessato

Lei può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento:

- Accesso (art. 15 del Regolamento)
- Rettifica (art. 16 del Regolamento)
- Cancellazione (oblio) (art. 17 del Regolamento)
- Limitazione del trattamento (art. 18 del Regolamento)
- Portabilità (art. 20 del Regolamento)
- Opposizione al trattamento, (art. 21 del Regolamento)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Lei può rivolgersi al Titolare del trattamento contattabile ai riferimenti sopra riportati.

Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo

Lei, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante, Piazza Venezia n. 11- 00187 Roma (Centralino telefonico: (+39) 06.696771, Fax: (+39) 06.69677.3785, Posta elettronica: protocollo@gpdp.it) come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Aggiornamento e miglioramento continui

Vista l'evoluzione della normativa relativa alla protezione dei dati personali ed il continuo miglioramento delle misure di sicurezza e di mitigazione del rischio messe in atto dall'ASL di Teramo, saranno pubblicate le ultime versioni dei documenti che potrebbero essere aggiornate periodicamente. Si consiglia, pertanto, di consultare

sempre l'ultima versione pubblicata sul sito del titolare all'indirizzo https://www.aslteramo.it/datipersonali , raggiungibile anche tramite il seguente QR CODE.

Il Titolare del trattamento