

**DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE****Direttore: Dott. Valerio F. Profeta**

Tel. 0861420275 – Fax 0861420274

e mail: [valerio.profeta@aslteramo.it](mailto:valerio.profeta@aslteramo.it)PEC: [cast@pec.aslteramo.it](mailto: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](mailto:francesco.baiocchi@aslteramo.it)***Ufficio Specialistica Ambulatoriale Tel. 0861/420285 – fax 0861/420438*

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE  
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DEL 04.04.2024**

**OGGETTO: 3 ° TRIMESTRE 2024. PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, AI SENSI DELL'ARTICOLO 21 DEL VIGENTE ACN DEL 04.04.2024 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO.**

SEDE	BRANCA	ORE SETT.LI
DSS MONTORIO AL VOMANO	BRANCA FISIОCHINESITERAPIA NB: si procederà al conferimento dell'incarico a seguito di pubblicazione solamente in caso di esito negativo della procedura prevista dall'art. 20 del vigente ACN di categoria	12
DSS TERAMO	BRANCA FISIОCHINESITERAPIA NB: si procederà al conferimento dell'incarico a seguito di pubblicazione solamente in caso di esito negativo della procedura prevista dall'art. 20 del vigente ACN di categoria	12
AREA DISTRETTUALE ADRIATICO	BRANCA ORTOPEDIA	22
ASL TERAMO	BRANCA ORTOPEDIA	38
DSS ATRI	BRANCA PSICOLOGIA (CATEGORIA PSICOLOGI PROFESSIONISTI) Comprovata esperienza formativa e lavorativa di almeno 12 mesi svolta presso i Servizi dell'età evolutiva nello specifico ambito della neuropsichiatria infantile	10
DSS VAL VIBRATA	BRANCA PSICOLOGIA (CATEGORIA PSICOLOGI PROFESSIONISTI) Comprovata esperienza formativa e lavorativa di almeno 12 mesi svolta presso i Servizi dell'età evolutiva nello specifico ambito della neuropsichiatria infantile	14
DSS ROSETO D.A.	BRANCA PSICOLOGIA (CATEGORIA PSICOLOGI PROFESSIONISTI) Comprovata esperienza formativa e lavorativa di almeno 12 mesi svolta presso i Servizi dell'età evolutiva nello specifico ambito della neuropsichiatria infantile	14
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	BRANCA PSICOLOGIA (CATEGORIA PSICOLOGI PROFESSIONISTI)	12

P.O. TERAMO	BRANCA PSICOLOGIA (CATEGORIA PSICOLOGI PROFESSIONISTI) (attività dedicata ai PDTA)	36
TURNI NON FRAZIONABILI		

### 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 dell'articolo 21 del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024, per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali interni, 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 01.09.2024 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 indeterminato 3° 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.

Gli specialisti interessati dovranno presentare separata istanza per ogni turno.

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](mailto: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 04.04.2024, 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

La procedura per il conferimento dei turni in argomento è quella prevista dall'art. 21 del vigente ACN del 04.04.2024.

Per i turni pubblicati, ai sensi dell'art. 21, comma 4 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.

N.B. Gli aspiranti all'incarico, se titolari o se in una delle situazioni di priorità previste dall'art. 19, comma 2 lett.) a,b,c,d,e,f,g,j dovranno obbligatoriamente indicare l'anzianità di servizio.

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)



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

**TRIMESTRE PUBBLICAZIONE: 3°/ 2024** (pubblicazione dal **01** al **15** del mese di **settembre 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: \_\_\_\_\_

**A1) Medico/Psicologo/Veterinario specialista ambulatoriale TITOLARE** dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depenare le voci che non interessano)

presso

\_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ per n° \_\_\_\_ ore settimanali

nella branca di \_\_\_\_\_

**A2) Medico/Psicologo/Veterinario specialista Ambulatoriale TITOLARE** dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depenare le voci che non interessano)

presso

\_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ per n° \_\_\_\_ ore settimanali

nella branca di \_\_\_\_\_

**A3) Medico/Psicologo/Veterinario specialista Ambulatoriale TITOLARE** dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depenare le voci che non interessano)

presso \_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali

nella branca di \_\_\_\_\_

**A4) Medico/Psicologo/Veterinario specialista Ambulatoriale TITOLARE** dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depennare le voci che non interessano)

presso \_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali

nella branca di \_\_\_\_\_

**Dichiaro di avere anzianità di servizio decorrente in maniera continuativa dal \_\_\_\_\_**

**Dichiaro di avere anzianità di servizio decorrente in maniera non continuativa come segue:**

**B) PRESENTE / NON PRESENTE** nella GRADUATORIA della specialistica ambulatoriale dell'anno corrente della provincia di TERAMO (depennare la voce che non interessa)

**DICHIARA**

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

(descrizione turno con indicazione ore, branca e sede)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ai fini dell'individuazione delle priorità per l'attribuzione dei turni vacanti di cui agli art. 21 dell'intesa conferenza Stato-Regioni 04.04.2024.

Dichiaro, inoltre, di essere disponibile a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

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)

- (solo per specialisti cessati dall'incarico a tempo indeterminato): 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.

## 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.**

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<p>Regione Abruzzo</p> <p><b>Informativa</b></p> <p><b>inclusione graduatorie, conferimento e gestione</b></p> <p><b>incarico</b></p> <p><b>Medico in convenzione/Specialista</b></p> <p><b>ambulatoriale/Veterinario/Professionista</b></p> <p><b>ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679</b></p>	<p>Documento: INF Professionisti convenzionati</p> <p>Revisione n.: 1.2</p> <p>Data Emissione: 09.02.2024</p>
<p>GDPR</p>	<p>pag. 1 di 3</p>	

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](mailto: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](mailto: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 ma 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**

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<p>Regione Abruzzo</p> <p><b>Informativa</b></p> <p><b>inclusione graduatorie, conferimento e gestione</b></p> <p><b>incarico</b></p> <p><b>Medico in convenzione/Specialista</b></p> <p><b>ambulatoriale/Veterinario/Professionista</b></p> <p><b>ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679</b></p>	<p>Documento: INF Professionisti convenzionati</p> <p>Revisione n.: 1.2</p> <p>Data Emissione: 09.02.2024</p>
<p>GDPR</p>	<p>pag. 2 di 3</p>	

- **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](mailto: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

 www.aslteramo.it	<p>Regione Abruzzo</p> <p><b>Informativa</b></p> <p><b>inclusione graduatorie, conferimento e gestione</b></p> <p><b>incarico</b></p> <p><b>Medico in convenzione/Specialista</b></p> <p><b>ambulatoriale/Veterinario/Professionista</b></p> <p>ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679</p>	<p>Documento: INF Professionisti convenzionati</p> <p>Revisione n.: 1.2</p> <p>Data Emissione: 09.02.2024</p>
GDPR		pag. 3 di 3

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