

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA PER ATTIVITA' DI MEDICINA NECROSCOPICA VALIDA PER L'ANNO 2024.

Con deliberazione n. _____ del _____, è indetto un Avviso di Manifestazione di Interesse, per soli titoli, per la formazione di specifica graduatoria della durata di mesi 24, finalizzata all'affidamento di incarichi libero professionali, *ai sensi dell'art. 7 commi 5 bis e 6 del D.lgs n. 165/2001*, da conferire a Medici Necroscopi per le attività di cui al DPR n. 285/90 "Regolamento di polizia mortuaria".

I Medici necroscopi esterni assicurano la continuità del servizio di pubblica utilità (medicina necroscopica territoriale) essendo la figura prevista dal DPR n. 285 del 10/09/1990.

Il servizio di medicina necroscopica interessa i seguenti cinque Distretti dell'ASL di Latina:

Distretto 1: Aprilia, Cisterna di Latina, Cori e Roccamassima;

Distretto 2: Latina, Pontinia, Norma, Sermoneta e Sabaudia;

Distretto 3: Roccagorga, Sezze, Bassiano, Priverno, Maenza, Roccasecca, Prossedi e Sonnino;

Distretto 4: Terracina, Fondi, Monte San Biagio, San Felice Circeo, Lenola, Campodimele e Sperlonga;

Distretto 5: Formia, Gaeta, Itri, Minturno, Castelforte, Santi Cosma e Damiano, Spigno Saturnia, Ponza e Ventotene.

Tale attività è da svolgersi presso il domicilio di decesso (casa privata, hospice, casa di cura e/o riposo, RSA, ecc...) sull'intero ambito territoriale del Distretto di assegnazione, in base a turni da svolgere nei giorni feriali, festivi, sabato e domenica in orario 08.00-20.00.

Al Professionista non viene riconosciuta la reperibilità poiché il compenso è erogato per prestazione effettuata (visita necroscopica), in quanto ogni distretto organizza un calendario mensile con i turni dei Medici che vengono inviati sul territorio per l'accertamento della morte ed il contestuale rilascio della relativa certificazione, quale prevista dall'articolo 4 del citato D.P.R. n. 285/90 (certificazione da rilasciarsi, ai sensi di legge, tra la 15^a e la 30^a ora dal decesso), nonché per la compilazione della denuncia della presunta causa di morte, di cui all'art.1 dello stesso D.P.R. in caso di decessi avvenuti senza assistenza medica.

E' garantita la parità e la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, così come stabilito dagli artt. 7 e 57 del D.Lgs 165/2001.

Alla selezione possono partecipare Medici che siano in possesso alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione, dei seguenti requisiti:

REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE

Per la partecipazione alla presente procedura è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

Requisiti generali:

- 1) Essere in possesso della Cittadinanza italiana (salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti), o della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- 2) Essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
- 3) Essere titolare dei diritti civili e politici e non essere stato escluso dall'elettorato attivo;
- 4) Non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso;
- 5) Non essere stato dispensato o destituito dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni interdetto da Pubblici Uffici, in base a sentenza passata in giudicato.

Requisiti specifici:

- 1) Essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- 2) Essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici – Chirurghi. L'iscrizione al corrispondente ordine di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'Avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Ordine in Italia prima dell'assunzione in servizio;
- 3) Abilitazione all'esercizio della professione.

Per i titoli equipollenti o equivalenti, i candidati dovranno indicare gli estremi del relativo provvedimento che ne dichiara l'equipollenza o equivalenza. Qualora il titolo di studio sia stato conseguito all'estero, dovranno essere indicati gli estremi del provvedimento attestante l'equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano.

Tutti i requisiti di ammissione, indicati nel presente paragrafo, devono essere posseduti, pena esclusione, alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione e permanere alla data dell'effettivo trasferimento.

MODALITA' DI CONFERIMENTO DELL'INCARICO
--

L'Azienda alla scadenza del termine provvederà a formulare la relativa graduatoria di merito.

Gli incarichi saranno conferiti secondo l'ordine di graduatoria e verranno regolati da apposito contratto.

Si precisa che non saranno conferiti incarichi a Medici dipendenti e a Medici titolari di convenzione con l'ASL di Latina o con altra Azienda del SSN.

All'uopo si richiamano le incompatibilità di cui all'art. 53 del D.lgs n. 165/2001 e all'art. 4 comma 7 della L. n. 412/1991 richiamato dall'art. 21 dell'ACN/MMG vigente.

L'incarico, da espletarsi presso uno dei cinque Distretti della ASL di Latina per il quale il Professionista ha espresso la propria preferenza, sarà conferito con la sottoscrizione del contratto di collaborazione libero-professionale, conformemente a quanto previsto dalla normativa in materia di affidamento di incarichi di prestazioni di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 2222 e ss. Cod. civ., senza alcun vincolo di subordinazione. L'incarico, valido per l'anno 2024, avrà inizio dalla data di sottoscrizione del contratto.

Per le prestazioni svolte, che comprendono anche il rilascio delle certificazioni e attestazioni previste, l'Azienda ASL di Latina corrisponde un compenso lordo onnicomprensivo determinato in **€ 50,00** (comprensivo di qualsivoglia onere: IVA, ritenute fiscali, ecc.).

All'atto del conferimento dell'incarico, è fatto obbligo per il professionista di stipulare con oneri a proprio carico, idonea polizza assicurativa per la copertura degli infortuni e della Responsabilità Civile verso Terzi in relazione all'attività professionale da prestare. Per la sottoscrizione del contratto d'incarico è necessario essere titolari di partita iva; qualora il candidato prescelto non ne fosse in possesso, dovrà provvedere ad aprirne una entro la data di sottoscrizione del contratto.

L'immissione in servizio resta subordinata all'esito della visita medica di idoneità alla specifica mansione da effettuarsi a cura del Medico Competente di questa Azienda.

L'Azienda provvederà ad effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di documentazione, acquisendone direttamente i dati qualora in possesso di altre Amministrazioni e l'accertata carenza di uno dei requisiti prescritti per l'assunzione determinerà la risoluzione immediata del rapporto di lavoro.

Il compenso sarà erogato previa presentazione della relativa fattura da parte del professionista e subordinato alla previa verifica del buon esito dell'incarico, mediante riscontro delle attività svolte dall'incaricato e dei risultati dello stesso da parte del competente Responsabile del Servizio Aziendale individuato nel contratto di conferimento incarico.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La domanda di partecipazione, dovrà essere redatta in carta semplice utilizzando l'**Allegato A)** al presente avviso.

Al momento della sottoscrizione della domanda di partecipazione, il candidato dovrà esprimere in ordine di preferenza, la propria scelta per i Distretti di Latina dove svolgere l'attività necroscopica. Alla domanda di partecipazione (**Allegato A**) il candidato dovrà allegare le certificazioni relative ai titoli che ritenga opportuno presentare, in originale o in fotocopie autenticate, agli effetti della valutazione di merito, ivi compresi:

- CURRICULUM formativo e professionale, datato e firmato; il curriculum sarà oggetto di valutazione esclusivamente se redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, il cui modello è allegato al presente Avviso (**ALLEGATO B**);
- copia non autenticata di un documento di identità personale, leggibile in tutte le sue parti, in corso di validità.

I titoli e le pubblicazioni devono essere autocertificati ai sensi della normativa vigente (DPR n. 445/2000 e Legge n. 183/2011).

Qualora il candidato presenti più fotocopie semplici, l'autocertificazione può essere unica, ma contenente la specifica dei documenti ai quali si riferisce.

Si ricorda che, nel rispetto delle prescrizioni contenute nell'art. 15 della Legge n.183/2011, questa A.S.L. non può richiedere né accettare i certificati rilasciati da altre Pubbliche Amministrazioni attestanti stati, qualità personali e fatti, tutti sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i..

Tutte le precedenze e le preferenze, a parità di punteggio, stabilite dalle vigenti disposizioni di legge, saranno osservate, purché venga esplicitamente richiesto il beneficio e alla domanda di

partecipazione alla selezione siano allegati i necessari documenti probatori (ovvero autocertificarli, se previsto).

Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, l'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni prodotte.

Qualora dal controllo, anche a campione, emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti in esito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/00).

In caso di falsa dichiarazione si applicano le disposizioni di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. Il mancato possesso anche di un solo requisito per l'Ammissione o la mancata sottoscrizione della domanda determinano l'esclusione dall'Avviso.

La presentazione della domanda di partecipazione comporta l'accettazione senza riserva di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando e di tutte le norme in esso richiamate, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future. La domanda deve essere datata e firmata dal candidato.

Tale sottoscrizione non necessita di autentica, ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.

L'aspirante che, invitato, ove occorra, a regolarizzare formalmente la domanda di partecipazione all'Avviso in questione, non ottemperi a quanto richiesto nei tempi e nei modi indicati dall'Amministrazione, sarà escluso dalla procedura.

Il candidato è tenuto a comunicare tempestivamente ogni variazione del domicilio presso il quale dovrà essere fatta pervenire ogni necessaria comunicazione inerente l'avviso di selezione, nonché del recapito telefonico.

L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario e di dispersione di comunicazione, dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda.

MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione, formulata secondo lo schema di cui all'**Allegato A)**, in carta semplice e debitamente sottoscritta, corredata della documentazione richiesta, indirizzata al Direttore Generale Azienda Sanitaria Locale di Latina, **deve pervenire entro 7 giorni** dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito web aziendale, esclusivamente con la seguente modalità:

- **POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) INTESTATA AL CANDIDATO**

(non sono ammesse domande inoltrate tramite PEC istituzionali accreditate ad Enti pubblici o privati). La domanda dovrà essere trasmessa, tramite PEC personale del candidato, in un unico file formato PDF, all'indirizzo concorsi@pec.ausl.latina.it, indicando obbligatoriamente nell'oggetto: **"AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA PER ATTIVITA' DI MEDICINA NECROSCOPICA VALIDA PER L'ANNO 2024"**.

Il canale della Posta Elettronica Certificata potrà essere utilizzato a condizione che i documenti siano in formato previsto dalla normativa vigente (**unico file in formato PDF**) e firmati digitalmente ovvero siano sottoscritti con firma autografa e corredati della copia fronte/retro di un valido documento di identità.

Al fine di garantire il corretto funzionamento della PEC Aziendale in fase di ricezione dei messaggi, è ammesso inoltrare allegati a ciascuna trasmissione nel limite dimensionale di 30 MB.

Il mancato rispetto di tale limite esonera l'Azienda da ogni responsabilità circa la mancata ricezione entro il termine della documentazione inviata.

Le domande che perverranno oltre le date di scadenza del presente avviso, non saranno prese in considerazione.

L'Azienda declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione, mancato recapito, disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, caso fortuito o forza maggiore, non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

CRITERI DI VALUTAZIONE

Gli incarichi oggetto del presente Avviso saranno conferiti con provvedimento del Direttore Generale, previa valutazione comparata dei curricula dei candidati, effettuata da apposita Commissione, in base a quanto disposto dal DPR n. 487/1994, in quanto compatibile alla presente selezione.

La valutazione comparata dei curricula professionali verrà effettuata dall'apposita Commissione sulla base dell'attività professionale e di studio attinenti all'incarico da svolgere. La graduatoria sarà stilata attribuendo i seguenti punteggi:

- Curriculum formativo e professionale: max punti 10;
- Titoli accademici e di studio: max punti 2;
- Pubblicazioni e titoli scientifici: max punti 1;
- Precedenti esperienze come medico necroscopo: max punti 4;
- Domicilio nel distretto prescelto: max punti 3.

L'esito della procedura di valutazione, recepito con provvedimento del Direttore Generale, sarà pubblicato sul sito internet dell'Azienda, www.ausl.latina.it.

Qualora le domande di partecipazione all'Avviso risultassero inferiori al fabbisogno, si procederà direttamente a conferire gli incarichi senza necessità di nomina/costituzione della Commissione Esaminatrice.

CESSAZIONE DELL'INCARICO

L'incarico cessa automaticamente alla scadenza indicata nei singoli contratti.

È esclusa ogni proroga tacita.

Ogni ulteriore accordo, concernente l'eventuale proroga del presente rapporto professionale di collaborazione oltre il termine di scadenza, dovrà risultare da atto sottoscritto dalle parti.

Entrambi le parti hanno facoltà di recedere anticipatamente previa comunicazione a mezzo raccomandata A.R. con preavviso di almeno 15 giorni. L'incarico cessa immediatamente nel caso di inadempienza agli obblighi contrattuali o nel caso di comportamenti in violazione delle disposizioni di legge o per violazione delle norme previste dal Codice di Deontologia Medica, dal Codice Etico e dal Codice di Comportamento aziendale di cui al D.P.R. n. 62 del 16/04/2013.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'AUSL di Latina con sede legale in via P.L. Nervi - Torre 2 Girasoli – 04100 Latina -, PEC: amministrazione@pec.ausl.latina.it, in qualità di Titolare del trattamento fornisce informazioni ai candidati/interessati con riguardo al trattamento dei dati personali conferiti nell'ambito della partecipazione a selezioni e concorsi pubblici.

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n.679 del 2016 in materia di protezione dei dati personali e in attuazione del D.lgs. 101 del 2018, i dati conferiti (*dati personali comuni: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza, codice fiscale, documento di riconoscimento, dati di contatto, titoli di studio e di servizio, iscrizione nelle liste elettorali, informazioni inerenti il nucleo familiare, etc.; categorie particolari di dati personali: eventuali disabilità, anche solo temporanee, etc. dati giudiziari: eventuali condanne penali, iscrizione nel casellario giudiziale, etc.*) saranno trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri ed esclusivamente per le finalità della presente procedura come meglio dettagliato nell'informativa **"ICP – Informativa per i partecipanti a concorsi e selezioni"** (Allegato "C").

Il Responsabile per la protezione dei dati personali (RPD) o Data Protection Officer della AUSL di Latina è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@ausl.latina.it.

Per quanto non espressamente previsto nel presente avviso, si rinvia alle disposizioni vigenti in materia.

DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando, si intendono richiamate le disposizioni legislative vigenti.

Questa Azienda si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di modificare, prorogare, sospendere, revocare o annullare il presente bando, a suo insindacabile giudizio ed in qualsiasi momento, senza che gli interessati possano avanzare eccezioni, pretese o diritti di sorta, e senza l'obbligo di notificare ai singoli concorrenti il relativo provvedimento.

Con la partecipazione al presente bando i candidati si impegnano ad accettare incondizionatamente e senza riserve tutte le prescrizioni e precisazioni in esso contenute, quale lex specialis della presente procedura concorsuale.

Per le informazioni sulla presentazione delle domande on-line gli interessati potranno rivolgersi agli Uffici dell'UOC Reclutamento dell'ASL di Latina, contattando il numero telefonico 0773.655.3415, e-mail assunzioni@ausl.latina.it e reclutamento@ausl.latina.it dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:30. Il presente bando sarà pubblicato sul sito web aziendale www.ausl.latina.it, nella sezione "Avvisi e Concorsi".

Il Direttore Generale
Dr.ssa Silvia Cavalli

ALLEGATO A)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA PER ATTIVITA' DI MEDICINA NECROSCOPICA VALIDA PER L'ANNO 2024.

**AL DIRETTORE GENERALE A.S.L. DI LATINA
Viale P.L. Nervi, s.n.c. Torre G/2, 04100 LATINA**

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome e nome)

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare

ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA PER ATTIVITA' DI MEDICINA NECROSCOPICA VALIDA PER L'ANNO 2024.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere nato/a a _____ Prov _____ il

_____ Codice Fiscale _____

e di essere residente nel Comune di _____ Prov _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Tel _____

Email _____

PEC: _____

☐ di essere titolare di partita IVA n° _____, ovvero di impegnarsi ad aprirla nel caso di affidamento dell'incarico;

di esprimere la preferenza per lo svolgimento di attività necroscopica presso i

Distretti della ASL di Latina nel seguente ordine:

1° scelta: Distretto _____

2° scelta: Distretto _____

3° scelta: Distretto _____

4° scelta: Distretto _____

5° scelta: Distretto _____

☐ di eleggere il seguente domicilio per ogni necessaria comunicazione, (in caso di mancata indicazione vale la residenza di cui al punto precedente):

Comune di _____ Prov _____

Via _____ n _____ CAP _____;

☐ di essere cittadino/a _____ ovvero
_____;

☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ Prov _____;

ovvero:

☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi della mancata iscrizione o cancellazione dalle liste elettorali) _____
_____;

☐ di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso;

ovvero:

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali, o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti _____
_____;

☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____,
conseguito presso l'Università di _____ in data
_____;

☐ di essere in possesso del Diploma di Specializzazione nella Disciplina di _____
_____ conseguito presso l'Università di _____

_____ in data _____ (durata del corso: anni____) ovvero
di essere iscritto al _____ anno della Scuola di Specializzazione in
_____ presso l'Università di
_____ (durata del corso: anni____);

☐ di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine _____
della Provincia di _____ al n. _____ dal _____;

☐ di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/6/2003
e sm.i. secondo la recente e vigente normativa regolamentare di matrice europea;

☐ di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e
tutte le norme in esso richiamate.

☐ di non essere stato dispensato o destituito dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni o
interdetto da Pubblici Uffici, in base a sentenza passata in giudicato;

Il/La sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in situazione di incompatibilità, inconferibilità e conflitto
di interessi anche potenziale, secondo la normativa vigente, in funzione del conferimento
dell'incarico professionale di che trattasi.

Il/La sottoscritto/a _____ allega alla presente
domanda la sotto elencata documentazione prevista dal bando di selezione, accettando le condizioni
fissate nello stesso.

☐ **Curriculum formativo e professionale**, redatto in carta semplice, datato e firmato, secondo
il modello di cui all'**Allegato B**;

☐ **COPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE**, leggibile in tutte le
sue parti, in corso di validità;

☐ Altro _____.

Data, _____

Il dichiarante

ALLEGATO B)

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIA PER ATTIVITA' DI MEDICINA NECROSCOPICA VALIDA PER L'ANNO 2024.

IO SOTTOSCRITTO/A _____

consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;

valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n.183;

consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':

di essere nato/a a _____ (____) il _____

C. F. _____ e di risiedere a _____
(____)

Indirizzo _____ n. ____ C.A.P. _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

./ di essere in possesso del seguente titolo di

studio _____ conseguito in data _____ voto _____

presso _____

./ di essere in possesso di SPECIALIZZAZIONE in

_____ conseguita in data _____ voto _____

presso _____

ovvero di essere iscritto/a al _____ anno del corso di SPECIALIZZAZIONE in

_____ presso _____

ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO:

___ conseguita in data _____ presso _____

_____ con sede in _____

TITOLO:

conseguita in data _____ presso _____

con sede in _____

Ulteriori qualificazioni professionali possedute:

TITOLO:

conseguita in data _____ presso _____

con sede in _____

ulteriori informazioni:

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____ (denominazione
dell'ente) con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- ☐ Pubblica Amministrazione o equiparata
☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale*
☐ Struttura Privata

** È necessario precisare l'esistenza dell'accreditamento e delle convenzioni con il SSN per rendere possibile la valutazione dell'esperienza professionale*

con contratto di tipo:

- ☐ dipendente;
☐ in regime convenzionale (fornire dati identificativi)

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo:

_____ in qualità di
_____ (indicare qualifica)

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro: ☐ **a tempo pieno**
☐ **a impegno ridotto (ore sett. _____)**

☐ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro: ☐ **a tempo pieno**
☐ **a impegno ridotto (ore sett. _____)**

☐ con incarico di _____ (indicare l'esatta denominazione e la
tipologia dell'incarico)

Motivo dell'eventuale cessazione:

Eventuali interruzioni: ☐ NO ☐ SI

per i seguenti motivi:

dal _____ al _____

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

TITOLO:

AUTORI:

DATA DI PUBBLICAZIONE: _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE {es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.) _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE {riportando Nome/Titolo - anno - Voi. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI: _____

TITOLO:

AUTORI:

DATA DI PUBBLICAZIONE: _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE {es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.) _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE {riportando Nome/Titolo - anno - Voi.
- pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI: _____

PRESENZE A CORSI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO:

TIPOLOGIA: (corso/congresso/seminario/convegno/simposio)

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PRESENZIATO COME: ☐ DISCENTE ☐ RELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____ ovvero

NEI GIORNI DAL _____ al _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

☐ con superamento esame finale

☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

TIPOLOGIA: (corso/congresso/seminario/convegno/simposio)

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PRESENZIATO COME: ☐ DISCENTE ☐ RELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____ ovvero

NEI GIORNI DAL _____ al _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

☐ con superamento esame finale

☐ non previsto esame finale

TITOLO DEL CORSO:

TIPOLOGIA: (corso/congresso/seminario/convegno/simposio)

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PRESEZIATO COME: ☐ DISCENTE ☐ RELATORE

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____ ovvero

NEI GIORNI DAL _____ al _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

☐ con superamento esame finale

☐ non previsto esame finale

ATTIVITÀ DIDATTICA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

dal _____ **al** _____

Presso _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico) _____

tipologia contrattuale: _____

dal _____ **al** _____

Presso _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico) _____

tipologia contrattuale: _____

dal _____ **al** _____

Presso _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico) _____

tipologia contrattuale: _____

dal _____ **al** _____

Presso _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico) _____

tipologia contrattuale: _____

ATTIVITÀ DI RICERCA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

**ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALL'INCARICO DA CONFERIRE, CHE IL
CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE** (Tirocini formativi, ecc)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: dal _____ al _____

- Ulteriori informazioni:

Il presente curriculum professionale consta di n. ____ pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

il Dichiarante _____

li _____

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)

ALLEGATO "C"

Informativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del GDPR UE 2016/679, relativi alla tutela del trattamento dei dati personali, per i partecipanti a concorsi e selezioni

La presente informativa, resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – *General Data Protection Regulation*, è destinata a coloro i quali presentano istanza di partecipazione a concorsi e selezioni indetti dall'**Azienda Sanitaria Locale di Latina** (in seguito "ASL di Latina").

● **Titolare del trattamento**

Titolare del trattamento è l'**ASL di Latina**, con sede in **Via P.L. Nervi Torre 2 Girasoli - 04100 Latina (LT)**, tel.: **0773/6553901**, E-MAIL: direzione generale@ausl.latina.it – privacy@ausl.latina.it, sito internet: <https://www.ausl.latina.it>, P.I.: **01684950593**.

● **Responsabile della protezione dati (RPD o DPO)**

Il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD/DPO) designato dal Titolare del trattamento è **Gruppo Ecosafety srl**, contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@ausl.latina.it.

● **Tipologia dei dati raccolti**

L'**ASL di Latina** tratta i dati personali presenti nella domanda di partecipazione e/o eventualmente comunicati dai candidati/partecipanti con documentazione integrativa dell'istanza o contenuti nei documenti ricevuti da altre pubbliche amministrazioni:

- **dati personali comuni:** nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza, codice fiscale, documento di riconoscimento, dati di contatto, titoli di studio e di servizio, iscrizione nelle liste elettorali, informazioni inerenti il nucleo familiare, etc;
- **categorie particolari di dati personali:** eventuali disabilità, anche solo temporanee, etc.;
- **dati giudiziari:** eventuali condanne penali, iscrizione nel casellario giudiziale, etc.

● **Finalità del trattamento**

Il trattamento dei dati personali forniti dai candidati/partecipanti è finalizzato unicamente all'espletamento ed alla gestione della procedura concorsuale o selettiva (ivi inclusa la pubblicazione della graduatoria) e, in particolare a:

- valutare la sussistenza dei requisiti richiesti per la partecipazione ed il possesso dei titoli;
- verificare l'assenza di cause ostative alla partecipazione;
- accertare l'esistenza di eventuali disabilità per il riconoscimento di eventuali agevolazioni.

● **Base giuridica del trattamento**

Le basi giuridiche che giustificano il trattamento sono:

- **art. 6, par. 1, lett. c) GDPR**, adempimento di un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento;
- **art. 6, par. 1 lett. e) GDPR**, esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento;
- **art. 9, par. 1, lett. g) GDPR**, sussistenza di motivi di interesse pubblico rilevante [...].

● **Modalità di trattamento**

I dati personali sono trattati per le finalità esposte, secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza, limitazione delle finalità, minimizzazione ed esattezza dei dati di cui all'art 5 del GDPR in forma cartacea ed automatizzata. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche ed organizzative per assicurare adeguati livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

● **Natura del conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio. L'eventuale rifiuto a fornirli, anche solo parzialmente implica, pertanto, l'impossibilità di prendere parte alla procedura concorsuale o selettiva.

● **Destinatari o categorie di destinatari dei dati personali**

I dati personali sono utilizzati e comunicati in modo adeguato e corretto a soggetti destinatari interni e/o esterni all'organizzazione del Titolare. A tal fine, nello svolgimento della propria attività e per il perseguimento delle finalità previste, il Titolare potrebbe comunicare i dati personali a:

- personale debitamente istruito ed autorizzato dal Titolare che agisce sotto l'autorità del medesimo e nel rispetto del segreto d'ufficio;
- persone fisiche e/o giuridiche, quali Responsabili al trattamento di dati personali ex artt. 28 e 29 GDPR che trattano dati per conto del Titolare, in rapporto contrattuale o convenzionale con il medesimo idoneamente designati e selezionati, altresì, per le garanzie prestate in materia di protezione dei dati personali, ciascuno nei limiti della propria professione e delle funzioni assegnate;
- organismi di controllo, organi della pubblica amministrazione ed enti o autorità che agiscono nella loro qualità di Titolari autonomi del trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i dati personali in forza di disposizioni di Legge o di ordini delle autorità;
- altre autorità pubbliche nel rispetto del Diritto dell'unione e/o dello Stato membro;

- autorità di pubblica sicurezza e autorità giudiziaria, nei limiti necessari per svolgere il loro compito istituzionale e/o di interesse pubblico (le suddette autorità nell'ambito di specifica indagine, conformemente al diritto dell'Unione o degli stati membri non sono considerate destinatarie).

I dati personali non sono soggetti a diffusione (intendendosi come tale il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati), fatta salva la pubblicazione on-line nella sezione "Amministrazione Trasparente", prevista dalla normativa in materia di trasparenza amministrativa.

- **Trasferimento dei dati personali**

I dati personali non sono trasferiti in paesi extra-UE. Tuttavia, in caso di un eventuale futuro trasferimento, il trattamento avverrà nel rispetto della normativa, ovvero, secondo una delle modalità consentite dalla Legge vigente, quali:

1. trasferimento verso Paesi che offrono garanzie di protezione adeguate;
2. adozione di Clausole contrattuali Standard approvate dalla Commissione Europea;
3. adozione di Norme vincolanti d'impresa autorizzate dall'Autorità Garante;
4. selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati (es. EU-USA).

- **Periodo di conservazione dei dati**

I dati personali sono trattati per la durata necessaria all'espletamento di tutti gli adempimenti di Legge. Taluni dati personali potranno essere conservati oltre il periodo determinato per scopi di archiviazione a fini statistici.

- **Diritti dell'interessato**

I candidati/partecipanti alla procedura concorsuale o selettiva hanno il diritto di ottenere, nei casi previsti:

- l'accesso ai dati personali **ex art. 15 GDPR, diritto di accesso**;
- la rettifica dei dati personali inesatti o l'integrazione di quelli incompleti **ex art. 16 GDPR, diritto di rettifica**;
- la cancellazione dei dati personali **ex art. 17 GDPR, diritto alla cancellazione o diritto all'oblio**;
- la limitazione del trattamento dei dati **ex art. 18 GDPR, diritto di limitazione di trattamento**;
- la comunicazione dei dati personali in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico **ex art. 20 GDPR, diritto alla portabilità dei dati**;
- la possibilità di opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento dei dati personali **ex art. 21 GDPR, diritto di opposizione**.

Per l'esercizio dei diritti, è possibile rivolgersi al Titolare del trattamento con le seguenti modalità:

- raccomandata A/R all'indirizzo: **Via P.L. Nervi Torre 2 Girasoli - 04100 Latina (LT)**;
- PEC: amministrazione@pec.ausl.latina.it.

In particolare, i diritti sono esercitabili specificando l'oggetto della richiesta, il diritto che si intende esercitare ed allegando la fotocopia di un documento di identità che attesti la legittimità della richiesta.

- **Proposizione di reclamo e segnalazione al Garante**

L'interessato, ricorrendone i presupposti ha, altresì, il diritto di:

- proporre **reclamo** all'Autorità di controllo dello stato di residenza (ex art. 77 Reg. n. 679/2016), secondo le procedure previste dall'art. 142 del D. Lgs. n. 196/2003, emendato dal D. Lgs. n. 101/2018;
- rivolgere una **segnalazione** all'Autorità di controllo ex art. 144 D. Lgs. n. 101/2018.