

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Biologia:

- n. 1 incarico di Microbiologia e Virologia:

specializzazione richieste e esperienze lavorative certificate:

- Laurea magistrale in Biologia (Classe LM6), Biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche (Classe LM9), Biotecnologie industriali (Classe LM8), Biotecnologie agrarie e per alimenti (Classe LM7), nonché i corrispondenti laureati specialistici e i laureati quadriennali del vecchio ordinamento nelle lauree corrispondenti.
- Iscrizione all'ordine dei biologi.
- Specializzazione in Microbiologia e Virologia.

Competenze che saranno oggetto di selezione

- Padronanza di batteriologia, virologia, micologia e parassitologia medica, incluse tassonomia, morfologia, fisiologia e genetica dei microrganismi. Tali competenze devono essere certificate riportando la tipologia ed il numero di esami eseguiti sotto la propria responsabilità.
- Comprensione delle basi cellulari e molecolari della patogenicità microbica e delle interazioni ospite-patogeno.
- Conoscenza del meccanismo d'azione delle principali classi di farmaci antimicrobici, antivirali e antiparassitari.
- Utilizzo di tecniche avanzate come coltura cellulare, PCR (Reazione a Catena della Polimerasi), sequenziamento genetico e microscopia.
- Capacità di eseguire ed interpretare analisi batteriologiche, virologiche, micologiche e parassitologiche per formulare diagnosi.
- Abilità nella preparazione, manipolazione, conservazione e sterilizzazione dei campioni biologici per evitare contaminazioni.
- Capacità di analizzare criticamente i risultati, interpretarli in un contesto scientifico e trarre conclusioni valide.
- Attenzione meticolosa ai dettagli per minimizzare gli errori negli esperimenti.
- Capacità di progettare studi clinici secondo gli standard aggiornati e interpretarli.
- Capacità di valutazione autonoma degli aspetti diagnostico-clinici.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

- n. 1 incarico di Genetica Medica:

specializzazione richieste e esperienze lavorative certificate:

- Laurea magistrale in Biologia (Classe LM6), Biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche (Classe LM9), Biotecnologie industriali (Classe LM8), Biotecnologie agrarie e per alimenti (Classe LM7), nonché i corrispondenti laureati specialistici e i laureati quadriennali del vecchio ordinamento nelle lauree corrispondenti.
- Iscrizione all'ordine dei biologi.
- Specializzazione in Genetica Medica.

Competenze che saranno oggetto di valutazione

- Competenze nell'uso e nell'interpretazione di tecniche di laboratorio di genetica molecolare, citogenetica e immunogenetica. Tali competenze devono essere certificate riportando la tipologia ed il numero di esami eseguiti sotto la propria responsabilità.
- Abilità nell'interpretare i risultati di test genetici e di laboratorio a supporto della diagnosi, prognosi e trattamento delle malattie genetiche.
- Capacità di utilizzare strumenti informatici e banche dati biologiche.
- Competenze nell'analisi biostatistica dei dati, anche con il supporto di software specializzati.
- Conoscenza e applicazione della bioinformatica per interpretare i dati genomici derivanti da nuove tecnologie ad alto parallelismo, come il sequenziamento di nuova generazione (NGS).
- Capacità di riconoscere e diagnosticare le malattie genetiche.
- Competenze per la consulenza genetica, che include fornire informazioni ai pazienti e alle loro famiglie sulla gestione del rischio genetico, i test disponibili e le implicazioni per la salute e le scelte riproduttive.
- Abilità nel fornire assistenza ad altri specialisti nel riconoscimento, diagnosi e gestione delle malattie genetiche.

Per i bandi pubblicati, che prevedano la verifica del possesso di particolari capacità professionali ad opera di Commissione istituita ai sensi dell'art. 21, comma 4 del vigente ACN si procederà alla valutazione dei titoli ed eventuale prova colloquio a discrezione della Commissione Tecnica Aziendale.

Le particolari capacità richieste devono essere già possedute alla data di pubblicazione del presente bando. I documenti originali attestanti i requisiti allegati alla domanda di partecipazione vanno obbligatoriamente presentati in visione alla Commissione ex art. 21 comma 4 del vigente ACN all'atto della eventuale convocazione per i colloqui attitudinali, pena l'esclusione dell'assegnazione dei turni per i quali sono richiesti i requisiti specifici.

La Commissione di cui all'art. 21 comma 4 del vigente ACN esaminerà la documentazione trasmessa dagli aspiranti all'assegnazione dei turni per i quali sono richiesti requisiti specifici e individuerà i concorrenti in base alla documentazione presentata.

Ai sensi dell'art. 21, comma 4, del vigente ACN, nel caso in cui per l'assegnazione di un incarico sia previsto il possesso di particolari capacità professionali, la scelta dello specialista ambulatoriale avverrà previa

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

valutazione di idoneità da parte di una commissione tecnica aziendale, nominata dall'Azienda mediante designazione dei tre componenti e individuazione delle procedure da parte del Comitato zonale. Tra i candidati ritenuti idonei gli aventi diritto all'incarico saranno individuati attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 21, comma 6, del vigente ACN.

In tal caso, gli interessati all'incarico dovranno far pervenire insieme alla domanda, a titolo di cortesia, per agevolare il lavoro della Commissione Tecnica e per eventuali controlli, idonea documentazione comprovante la specifica competenza ed esperienza richiesta, accompagnata da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la conformità all'originale, ai sensi degli artt. 19 e 47 del DPR n. 445/2000. L'idoneità dei candidati sarà valutata sulla base della suddetta documentazione comprovante gli specifici requisiti previsti, da possedere già alla data di pubblicazione dell'incarico.

Per chi non allegherà la documentazione, la valutazione avverrà sulla base del C.V. e sarà attribuita in via definitiva solo previo accertamento presso gli enti di pertinenza.

In caso di accertamento di dichiarazioni mendaci, il candidato decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle stesse, fatte salve le relative conseguenze penali.

Gli interessati potranno presentare la propria domanda di partecipazione dal 03/12/2025 al 17/12/2025, esclusivamente secondo il modello allegato.

La presentazione della domanda, in formato pdf, dovrà avvenire, a pena di esclusione, mediante posta elettronica certificata (PEC): da casella di posta elettronica certificata personale e nominale alla casella di posta elettronica certificata dell'ASM asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it entro le ore 23:59 del 17/12/2025.

Tutta la documentazione, domanda ed allegati, va trasmessa esclusivamente in formato pdf in un unico file a pena di esclusione.

L'azienda si riserva di revocare l'avviso o di non dare corso agli incarichi per esigenze di spesa o di organizzazione di servizio.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Specialistica Ambulatoriale dell'ASM ai seguenti recapiti: tel. 0835/253571 - email specialistica.ambulatoriale@asmbasilicata.it.

L'istruttore
Dott.ssa Rosa Vacca

VACCA ROSA
2025/12/25 15:05:19

CN=VACCA ROSA
C=IT
2.5.4.4=VACCA
2.5.4.4=ROSA

Allegati:

- Modello di domanda con autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e informativa privacy

Il Direttore T. 0835/253571 Attività Amministrative Distrettuali



MARCO ANTONIO MARCOSANO

DIRETTORE
DIRETTORE MARCOSANO
2025/12/25 15:05:19

RAZIONALIZZAZIONE

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Le domande, redatte ai sensi del DPR 445/2000, devono, a pena di esclusione, essere sottoscritte e corredate di copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità e contenere l'indicazione esatta dei dati anagrafici e dei recapiti di posta elettronica e telefonici, da riportare in modo chiaro e leggibile, allo scopo di consentire a questa Azienda tutte le comunicazioni relative alla presente pubblicazione.

E' richiesta, altresì, a pena di esclusione, la compilazione di tutti i campi indicati nell'allegato modello di domanda ai fini della individuazione della posizione di priorità.

Gli aspiranti specialisti ambulatoriali che, nell'ambito della stessa branca specialistica/area professionale, partecipano a più incarichi devono indicare l'ordine di scelta.

Gli stessi aspiranti devono possedere il diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche dell'area interessata, previste nell'allegato 2 del vigente ACN.

Ai sensi del vigente ACN, per l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato, l'avente diritto è individuato attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 21, comma 6, lettere dalla a) alla jj).

Ai fini delle procedure di cui al suddetto comma 6, per ogni singola lettera dalla a) alla jj), con esclusione delle lettere h) e i), l'anzianità di incarico riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

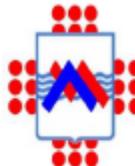
In ogni caso, ai sensi del comma 9 del citato art. 21, allo specialista ambulatoriale già incaricato, disponibile ad assumere l'incarico pubblicato, è consentito il trasferimento qualora abbia maturato un'anzianità, nell'incarico in atto, di almeno 18 mesi alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità/domanda di partecipazione.

Gli incarichi non sono frazionabili in sede di assegnazione - giusta art. 21 comma 3 del vigente ACN, ad eccezione dei frazionamenti necessari al completamento orario di cui all' art. 20 commi 2 e 3 - e saranno svolti nell'ambito del territorio di competenza dell'ASM.

Ai sensi dell'art. 21, comma 4, del vigente ACN, nel caso in cui per l'assegnazione di un incarico sia previsto il possesso di particolari capacità professionali, la scelta dello specialista ambulatoriale avverrà previa valutazione di idoneità da parte di una commissione tecnica aziendale, nominata dall'Azienda mediante designazione dei tre componenti e individuazione delle procedure da parte del Comitato zonale. Tra i candidati ritenuti idonei gli aventi diritto all'incarico saranno individuati attraverso l'ordine di priorità di cui all'art. 21, comma 6, del vigente ACN.

In tal caso, gli interessati all'incarico dovranno far pervenire insieme alla domanda, a pena di esclusione, idonea documentazione comprovante la specifica competenza ed esperienza richiesta, accompagnata da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la conformità all'originale, ai sensi degli artt. 19 e 47 del DPR n. 445/2000. L'idoneità dei candidati sarà valutata sulla base della suddetta documentazione comprovante gli specifici requisiti previsti, da possedere già alla data di pubblicazione dell'incarico.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA
SOSTOTUTIVA



azienda sanitaria locale
matera

Ufficio Specialistica Ambulatoriale
e-mail: specialistica.ambulatoriale@asmbasilicata.it

Il numero e la data di protocollo sono
generati automaticamente dal sistema
(DPCM 3.12.2013, art. 20)

**SCHEDA RIASSUNTIVA DA UTILIZZARE PER LE PUBBLICAZIONI IN CUI SIANO RICHIESTE PARTICOLARI
CAPACITA' PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 21 COMMA 4 DEL VIGENTE A.C.N.**

La scheda è stata predisposta per rendere evidenti le competenze dei candidati rispetto ad ogni singolo requisito presente nell'Avviso IV trimestre 2025 pubblicato sul sito della Specialistica Ambulatoriale dell'ASM. Trattandosi di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: specifiche attività svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale, attività di formazione specifica. Qualora tra i requisiti richiesti sia previsto anche l'aver svolto una formazione e/o un'attività specifica certificata o documentata i candidati devono produrre un'attestazione/certificazione rilasciata a cura del rappresentante legale dell'ente.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 19 e art. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti;
richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, e in riferimento ai requisiti richiesti nell'Avviso
Il trimestre 2025 prot. n. _____ del _____,
Branca specialistica/Area professionale _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

Requisito 1:

Requisito 2:

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Requisito 3:

Requisito 3:

Requisito 4:

Requisito 5:

Altre informazioni di rilievo:

Data _____

Firma _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
PUBBLICATI PER IL IV TRIMESTRE 2025**

ART. 21 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DEL 04.04.2024 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE AMBULATORIALI (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) E SS.MM.II.

**All'Azienda Sanitaria di Matera
Ufficio Specialistica Ambulatoriale
PEC: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it**

(Si prega di compilare la domanda in stampatello)

I sottoscritt _____
nat_ il _____ a _____ (prov. _____) C.F. _____
residente in _____ (prov. _____) alla via _____ n. _____
CAP _____ telefono _____ e-mail _____
PEC _____

laureat_ in _____
presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____

specializzat_ in _____
presso l'Università/Scuola di _____ in data _____

abilitat_ all'esercizio della professione di _____ ed
iscritt_ all'albo professionale dei _____ in data _____ al n. _____

vista la pubblicazione delle ore disponibili per l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale per il **IV trimestre 2025**, avvenuta con nota prot. n. _____ del _____

CHIEDE

l'assegnazione degli incarichi nella **branca/area** di _____
di seguito riportati in ordine di preferenza:

1. N. ore settimanali _____ presso le sedi di _____

2. N. ore settimanali _____ presso le sedi di _____

3. N. ore settimanali _____ presso le sedi di _____

4. N. ore settimanali _____ presso le sedi di _____

A tal fine dichiara di trovarsi nella seguente posizione, ai sensi dell'**art. 21 comma 6** del citato Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024 e ss.mm.ii.[criteri di formulazione della graduatoria (barrare la voce che interessa)]:

- art. 21 comma 6 lett. a) ACN
- art. 21 comma 6 lett. b) ACN
- art. 21 comma 6 lett. c) ACN
- art. 21 comma 6 lett. d) ACN
- art. 21 comma 6 lett. e) ACN
- art. 21 comma 6 lett. f) ACN
- art. 21 comma 6 lett. g) ACN
- art. 21 comma 6 lett. h) ACN
- art. 21 comma 6 lett. i) ACN
- art. 21 comma 6 lett. j) ACN

Dichiara, in particolare,

- di essere già **titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato**:
per n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. _____) (dalla a alla g) dell'ACN in vigore con anzianità di incarico dal _____ presso _____;
- di essere inserito nella **Graduatoria annuale ASM** vigente della specialistica ambulatoriale – di cui all'art. 19 dell'ACN del 04.04.2024 e ss.mm.ii. – branca/area di _____ per l'anno **2025** alla posizione n. _____ con punti _____ e di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. h) del citato ACN;
- di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 dell'ACN, ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. i) del vigente ACN;
- di essere
 - a) medico di medicina generale titolare dal _____ presso _____
 - b) medico pediatra di libera scelta titolare dal _____ presso _____
 - c) medico dipendente del SSN a tempo indeterminato dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. j) del citato ACN, nonché di essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipa e **di essere disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.**

- di **non** essere iscritto nella graduatoria annuale ASM vigente della specialistica ambulatoriale di cui all'art. 19 dell'ACN, pertanto di fare domanda di partecipazione alle ore pubblicate a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 21, comma 6, lett i) del vigente ACN;

Ai fini dell'assegnazione di incarichi per i quali sia richiesto, ai sensi dell'art. 21 comma 4 del citato ACN, il possesso di specifiche competenze professionali, _I_ sottoscritt_ dichiara

- di essere in possesso della specifica competenza professionale richiesta, come attestata nell'allegata documentazione;
- che la documentazione allegata in copia è conforme all'originale.
-

I sottoscritt_ dichiara, altresì, con riferimento alle **incompatibilità di cui all'art. 27 del vigente ACN**:

- a. di essere / non essere (1) titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- b. di essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionale con il SSN ai sensi del DPR 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- c. di essere / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configuri conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- d. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- e. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico pediatra di libera scelta;
- f. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico convenzionato INPS;
- g. di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale (medico o odontoiatra), veterinario o altro professionista ambulatoriale (biologo, chimico, psicologo);
- h. di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale (medico o odontoiatra), veterinario o altro professionista ambulatoriale (biologo, chimico, psicologo);
- i. 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 SSN che non adottino le clausole economiche dell'ACN, 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 _____);
- j. di svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- k. 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;

- I. 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 SSN (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____) è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui all'ACN e secondo modalità definite a livello regionale;
- m. di essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal DPR 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;
- n. 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;
- o. di fruire / non fruire (1) 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 fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale – APP, di cui all'art. 54 dell'ACN.

I sottoscritt_ dichiara, inoltre, di:

- avere / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'ACN (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data ed eventuale durata _____; _____;
- essere / non essere (1) soggetto a provvedimento restrittivo di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei/degli _____ di _____ (in caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e l'eventuale durata, in caso di sospensione dall'Albo, _____; _____;
- avere / non avere (1) riportato condanne penali definitive e di avere / non avere (1) procedimenti penali pendenti (in caso affermativo precisare la relativa imputazione _____; _____;
- 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 _____).

(1) cancellare la parte che non interessa.

- I sottoscritt_ dichiara, infine,
- ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) nonché degli artt. 19 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritieri, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, prevista dall'art. 75 del DPR n. 445/2000, che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;
 - di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____ Firma per esteso _____

N.B. La domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente a copia non autenticata del documento di identità in corso di validità.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera, con sede legale in Matera, Via Montescaglioso, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di pubblicazione e assegnazione degli incarichi di specialistica ambulatoriale interna, cui Lei partecipa su Sua istanza.

Per le finalità espresse nella presente informativa, saranno trattati solo dati personali e dati particolari, come meglio specificato, per ottemperare agli obblighi contrattuali e normativi, nell'ambito della procedura di pubblicazione e assegnazione degli incarichi di specialistica ambulatoriale interna, oltre che per ottemperare ad eventuali norme nazionali o dell'Unione Europea che dovessero impattare sulla gestione di tale procedura.

Finalità del trattamento: le finalità del trattamento sono l'esecuzione dell'ACN di settore vigente per la pubblicazione e assegnazione degli incarichi di specialistica ambulatoriale interna e delle normative connesse.

Conservazione: i dati forniti saranno conservati per il tempo necessario al perseguitamento delle finalità per le quali sono stati raccolti e successivamente, per il tempo previsto dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti applicabili. Il trattamento è effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza indicate dal Regolamento EU/2016/679 e dal D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.. I dati verranno conservati nell'ottica della massima tutela della riservatezza e dell'integrità dei medesimi, non solo nella fase di conservazione, ma anche durante le fasi di trattamento.

Il mancato conferimento dei Suoi dati per la presente finalità ha come conseguenza l'impossibilità di assegnazione degli incarichi pubblicati di cui trattasi.

Diffusione: i dati non saranno diffusi.

Destinatari: i dati forniti saranno trattati esclusivamente da persone autorizzate al trattamento ed opportunamente istruite. I dati potranno altresì essere comunicati a Enti Pubblici o Privati, ma esclusivamente al fine di adempiere ad obblighi contrattuali, di legge, regolamento o normativa comunitaria. L'elenco aggiornato con gli estremi identificativi di tutti i Responsabili del Trattamento, potrà essere da Lei richiesto in qualunque momento al Titolare, che provvederà immediatamente a renderlo disponibile.

Diritti dell'interessato: Artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 del Regolamento EU/2016/679 (GDPR).

Lei può esercitare nei confronti del Titolare del trattamento i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del GDPR e, segnatamente, il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica, di cancellazione "diritto all'oblio", di limitazione di trattamento, di portabilità dei dati e di opposizione in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che La riguardano.

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora, oppure nel luogo ove si è verificata la presunta violazione.

Inoltre Lei può richiedere di conoscere gli estremi identificativi degli amministratori di sistema nominati e dei gestionali all'interno dei quali sono presenti i dati di Sua competenza.

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di pubblicazione e assegnazione degli incarichi di specialistica ambulatoriale interna ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative.

Data _____

Firma per esteso _____