



**REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE**

**DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE E SERVIZI SOCIALI E SOCIO-
SANITARI
SETTORE 05 - MEDICINA CONVENZIONATA - CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Assunto il 07/09/2021

Numero Registro Dipartimento: 958

DECRETO DIRIGENZIALE

“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”

N°. 9034 del 08/09/2021

**OGGETTO: PUBBLICAZIONE ZONA CARENTE STRAORDINARIA DI PLS AMBITO PAOLA
CETRARO DISTRETTO SANITARIO TIRRENO CON APERTURA STUDIO COMUNE DI
BONIFATI.**

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

IL DIRIGENTE DEL SETTORE

PREMESSO Che con Decreto n. 6233 del 15/06/2021 è stata disposta la pubblicazione degli Ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria individuati e di pediatri di libera scelta individuati dalle Aziende Sanitarie Provinciali regionali con apposite deliberazioni per le annualità 2018, 2019 e 2020 sul Bollettino ufficiale regionale BURC n. 50 del 1 luglio 2021;

Che il Decreto sopracitato stabiliva, tra l'altro, la pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti indicati dall'Azienda sanitaria di Cosenza nell'apposita Deliberazione n. 626 del 26 maggio 2021 con riferimento all'anno 2020;

ATTESO CHE la Segreteria della Struttura commissariale dell'ASP di Cosenza su disposizione del Commissario straordinario ha provveduto a trasmettere a mezzo di posta certificata del 5 agosto 2021 la delibera n. 180 del 6 febbraio 2020 di individuazione della zona carente straordinaria di Pediatria di Libera scelta nell'ambito Paola/Cetraro del Distretto Sanitario "Tirreno" con apertura dello studio nel Comune di Bonifati, chiedendone la relativa pubblicazione sul Bollettino ufficiale regionale come da previsione contenuta nell'articolo 33 dell'ACN 15 dicembre 2005, sostituito dall'articolo 4 dell'ACN del 21.06.2018 per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta;

La deliberazione sopra citata è stata acquisita agli atti con protocollo n. 364388 del 24 agosto 2021;

PRECISATO che il termine indicato dall'articolo 33 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta ai sensi dell'articolo 8 del d.lgs., n. 502 del 1992, come sostituito dall'articolo 4 dell'Accordo intervenuto il 21/06/2018, è ordinatorio, non contenendo l'Accordo alcuna sanzione né alcuna decadenza della competenza in capo all'Amministrazione regionale;

con Decreto Dirigente Generale n. 4000 del 16.04.2021 è stata approvata la graduatoria definitiva regionale dei Medici Pediatri di Libera Scelta valevole per l'annualità 2020, in ordine alfabetico e di merito;

gli aspiranti pediatri dovranno presentare domanda di partecipazione per l'incarico vacante entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente atto sul BURC, utilizzando i modelli di domanda allegati preventivamente regolarizzati con l'imposta di bollo stabilita dalla normativa vigente;

l'Azienda Sanitaria interessata dovrà provvedere all'assegnazione di cui alla deliberazione sopra citata nel rispetto dei criteri e le priorità precisate nell'art. 33 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., come sostituito dall'articolo 4 dell'ACN 21/06/2018;

Ravvisata la necessità ed urgenza di procedere alla pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di pediatri di libera scelta, nonché delle zone dove assicurare l'assistenza ambulatoriale, così come individuati dalle Aziende Sanitarie interessate e riportate nei prospetti riepilogativi;

VISTI i seguenti atti

- la Legge regionale 13 maggio 1996, n. 7, recante "Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta Regionale e sulla dirigenza regionale" ed in particolare l'articolo 28 che individua compiti e responsabilità del Dirigente con funzioni di Dirigente Generale;
- il Decreto n. 354 del 24 giugno 1999 del Presidente della Giunta Regionale concernente la separazione dell'attività amministrativa di indirizzo e di controllo da quella gestionale, modificato con D.P.G.R. 206 del 15 dicembre 2000;
- la Delibera di Giunta Regionale n. 91 del 15-05-2020 avente ad oggetto: "Struttura organizzativa della Giunta regionale – approvazione modifiche alla deliberazione di G.R. n. 63 del 15.02.2019 e s.m.i." con la

quale viene modificata la struttura organizzativa del Dipartimento Tutela della salute e Politiche sanitarie in “Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari”;

- la successiva Deliberazione di Giunta Regionale n. 118 dell’11 giugno 2020, con cui è stata differita la data di entrata in vigore del predetto regolamento regionale, fissandola al 22 giugno 2020;
- il D.D.G. n. 8751 del 26 agosto 2020 di conferimento dell’incarico di Dirigente del Settore n. 5 alla Dott.ssa Giuseppina Fersini;
- la D.G.R. n. 109 del 31 marzo 2021 con la quale è stato individuato il Dott. Giacomino Brancati quale Dirigente Generale reggente del Dipartimento “Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio- Sanitari” ed il D.P.G.R. n. 26 del 1 aprile 2021 di conferimento dell’incarico;
- la D.G.R. n. 339 del 28 luglio 2021 con la quale è stato stabilito il trattenimento in servizio del dott. Giacomino Brancati, in funzione dell’incarico apicale conferito, fino alla data del 16/09/2023, corrispondente alla data del raggiungimento dell’età anagrafica ordinamentale;
- la D.G.R. n. 351 dell’11 agosto 2021 con la quale è stato rinnovato al Dott. Giacomino Brancati l’incarico di Dirigente Generale reggente del Dipartimento “Tutela della Salute, Servizi Sociali e Socio Sanitari” per ulteriori mesi dodici decorrenti, senza soluzione di continuità rispetto al precedente incarico di cui alla DGR n. 109/2021 e conseguente DPGR n. 26/2021, dal 1° settembre 2021, dando seguito alle determinazioni di cui alla DGR n.339/2021 nelle more della definizione delle procedure di legge volte all’individuazione del Dirigente Generale titolare;
- il D.P.G.R. n. 146 del 17 agosto 2021 con cui è stato conferito al Dott. Giacomino Brancati l’incarico di Dirigente Generale reggente del Dipartimento “Tutela della salute, Servizi Sociali e Sociosanitari” per ulteriori mesi dodici decorrenti, senza soluzione di continuità rispetto al precedente incarico di cui alla DGR n. 109/2021 e conseguente DPGR n. 26/2021, dal 01 settembre 2021;
- la nota prot. n. 162155 del 09 aprile 2021 con la quale è stato conferito alla dott.ssa Evelina Rizzo l’incarico di responsabile del procedimento ai sensi degli art. 5 e 6 della legge 241/1990 e degli artt. 4 e 5 della legge regionale 19/01;

Attestata, sulla scorta dell’istruttoria effettuata dal Responsabile del procedimento, la regolarità amministrativa, nonché la legittimità e correttezza del presente atto;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente riportate:

Di disporre la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale regionale BURC della zona carente straordinaria di Pediatria di Libera scelta nell’ambito Paola/Cetraro del Distretto Sanitario “Tirreno” con apertura dello studio nel Comune di Bonifati individuata dall’Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza con apposita deliberazione n. 180 del 6 febbraio 2020, trasmessa con posta certificata del 5 agosto 2021 e acquisita agli atti della Unità regionale competente con protocollo n. 364388 del 24 agosto 2021;

Di precisare che

- il termine indicato dall’articolo 33 dell’Accordo Collettivo Nazionale del 15/15/2005 come sostituito dall’articolo 4 dell’ACN 21.06.2018 per la disciplina dei rapporti con i pediatri convenzionati per l’assistenza primaria, ha carattere ordinatorio, in quanto i rispettivi Accordi citati non prevedono nessuna sanzione né decadenza di competenza dell’Amministrazione regionale;
- gli aspiranti pediatri dovranno presentare domanda di partecipazione per l’incarico vacante di PLS ricadente nell’ambito Paola/Cetraro del Distretto Sanitario “Tirreno” con apertura dello studio nel Comune di Bonifati entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente atto sul BURC, utilizzando i modelli di domanda allegati preventivamente regolarizzati con l’imposta di bollo stabilita dalla normativa vigente, inoltrando la relativa domanda all’ASP di Cosenza nel rispetto delle indicazioni che saranno fornite Loro dal competente Ufficio dell’Azienda Sanitaria;

Allegato **A** - PLS domanda per trasferimento

Allegato **B**- PLS domanda per assegnazione secondo graduatoria regionale dei Pediatri di libera scelta

Allegato **C**- PLS domanda ai sensi art. 33, comma 5, lettera d;

Di disporre la notifica del presente provvedimento agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e alle Aziende Sanitarie Provinciali per il prosieguo di loro competenza;

Di provvedere alla pubblicazione del provvedimento sul BURC ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011 n. 11;

Di ricordare che avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale da proporsi entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, da proporsi entro 120 giorni.

Sottoscritta dal Responsabile del Procedimento

RIZZO EVELINA
(con firma digitale)

Sottoscritta dal Dirigente

FERSINI GIUSEPPINA
(con firma digitale)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI
AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2020
per trasferimento**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____ Burc n. 77 del 17 Settembre 2021

prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

titolare di incarico a tempo indeterminato nel settore di Pediatria di Libera Scelta:

presenta DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5, lettera a) - lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta 21/06/2018, per l'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta nell'ambito di Paola/Cetraro del Distretto Sanitario "Tirreno" **con apertura dello studio nel Comune di BONIFATI (ASP di Cosenza)**, di cui all'avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/____.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di libera scelta presso l'ASP di _____, nell'ambito territoriale di _____ della Regione _____, dal _____;

2) di essere stato precedentemente iscritto nei seguenti elenchi dei medici convenzionati per la pediatria di libera scelta:

dal _____ al _____ ASP _____ ambito _____ Regione _____

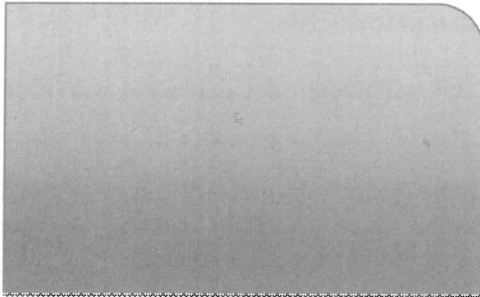
dal _____ al _____ ASP _____ ambito _____ Regione _____

dal _____ al _____ ASP _____ ambito _____ Regione _____

con anzianità complessiva di pediatria di libera scelta, pari a mesi _____, detratti i seguenti

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO di € 16,00
da annullare con data e firma**



Burc n. 77 del 17 Settembre 2021

Il/La sottoscritto/a Dott.

nato/a a _____ prov. _____

il ___/___/_____ codice fiscale | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione per l'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta nell'ambito di Paola/Cetraro del Distretto Sanitario "Tirreno" **con apertura dello studio nel Comune di BONIFATI (ASP di Cosenza)**, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di Libera scelta della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.
3. Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.

prestato prima della revoca;

i) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____ *Burc n. 77 del 17 Settembre 2021*

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2020
per graduatoria

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

Burc n. 77 del 17 Settembre 2021

prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 5, lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta del 21/06/2018, all'avviso per l'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta nell'ambito Paola/Cetraro del Distretto Sanitario "Tirreno" **con apertura dello studio nel Comune di BONIFATI (ASP di Cosenza)**, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ____/____/____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100;

2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;

3) di essere in possesso del diploma di specializzazione in:

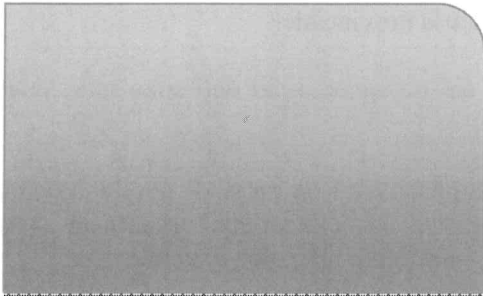
pediatria

_____ (disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.)

conseguito in data _____ presso l'Università di _____, con votazione _____, presso l'Università di _____;

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO di € 16,00
da annullare con data e firma**



Burc n. 77 del 17 Settembre 2021

Il/La sottoscritto/a Dott.

_____ nato/a a _____ prov. _____

il ____ / ____ / _____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione per l'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta nell'ambito Paola/Cetraro del Distretto Sanitario "Tirreno" **con apertura dello studio nel Comune di BONIFATI (ASP di Cosenza)**, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di Libera scelta della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.
3. Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.

prestato prima della revoca;

i) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____

Burc n. 77 del 17 Settembre 2021

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI
AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2020
ai sensi art. 33, comma 5, lettera d)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____

Dir. n. 77 del 17 Settembre 2021

residente a _____ prov. _____ via _____

_____ n. _____ CAP _____

cellulare _____ Pec: _____

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 5, lettera d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 21/06/2018, all'avviso per l'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta nell'ambito Paola/Cetraro del Distretto Sanitario "Tirreno" **con apertura dello studio nel Comune di BONIFATI (ASP di Cosenza)**, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del ___/___/_____

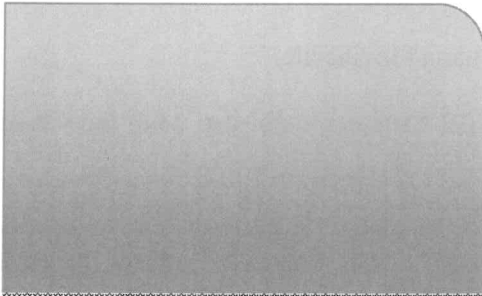
A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000,

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ___/___ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____
3. di aver conseguito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale in data successiva al 31.01.2019, ossia in data ___/___/_____, presso la Regione _____;
4. di essere residente nel Comune di _____, prov. _____, dal ___/___/_____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO
da annullare con data e firma



Burc n. 77 del 17 Settembre 2021

Il/La sottoscritto/a Dott.

_____ nato/a a _____ prov. _____

il ____ / ____ / ____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione per l'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta nell'ambito Paola/Cetraro del Distretto Sanitario "Tirreno" **con apertura dello studio nel Comune di BONIFATI (ASP di Cosenza)** pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ in data _____ con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data _____

Firma _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e costituisce parte integrante della domanda di partecipazione all'assegnazione della zona carente straordinaria di Pediatria di libera scelta della Regione Calabria.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e su parte del modulo.
3. Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.

impedimenti;

f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.

h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa che precede e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali.

Burc n. 77 del 17 Settembre 2021

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____