

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI VACANTI PER L'ESPLETAMENTO DEGLI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI DI CONTROLLO SULLO STATO DI INVALIDITA' TEMPORANEA DEI LAVORATORI, IVI COMPRESI QUELLI DELL'ART. 5 LEGGE 300/70.

Varese, 16/06/2009

In esecuzione del provvedimento n. 442 del 04/06/2009 è indetto avviso pubblico per titoli per la formazione di una graduatoria di medici finalizzata al conferimento di incarichi libero-professionali vacanti da destinare all'effettuazione degli accertamenti di Medicina Fiscale nelle fasce orarie di reperibilità del lavoratore di tutti i giorni, compresi i non lavorativi ed i festivi (settore pubblico: h 8.00-13.00 e 14.00-20.00 -- settore privato: h 10.00-12.00 e 17.00-19.00).

Gli interessati sono invitati a presentare la relativa domanda, formulata secondo lo schema allegato, all'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese – Via O. Rossi 9 – entro

il giorno 17/07/2009

Detto termine è perentorio e non verranno prese in considerazione le domande che perverranno - qualunque ne sia la causa - oltre la sopraindicata scadenza.

La presentazione delle domande di partecipazione potrà avvenire esclusivamente con le seguenti modalità:

- consegna a mano presso l'Ufficio Protocollo della Sede Asl di Varese Via O. Rossi n. 9 durante gli orari di apertura al pubblico (dal lunedì al giovedì dalle ore 10.00 alle 12.30 e dalle ore 14.00 alle 15.30 e il venerdì dalle ore 10.00 alle 12.30);
- inoltro tramite il servizio postale;
non saranno accolte le domande pervenute all'Ufficio Protocollo oltre il termine di scadenza anche se recanti il timbro postale di spedizione antecedente.

L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione o smarrimento o mancato recapito o disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta secondo il modello allegato.

Gli aspiranti all'incarico dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- b) Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici, attestata da certificato in data non anteriore a mesi sei rispetto a quello di scadenza del presente avviso;
- c) Abilitazione all'esercizio professionale.

Alla domanda dovranno essere allegati:

- Diploma di Laurea.
- Certificato di iscrizione all'albo professionale rilasciato in data non anteriore ai sei mesi dalla scadenza del presente avviso.
- Attestato di abilitazione all'esercizio professionale.
- Eventuali altri titoli utili per le valutazioni di cui ai paragrafi successivi.

Tutta la documentazione deve essere prodotta in originale o in copia autenticata.

E' consentita l'autocertificazione secondo quanto previsto dal DPR 445/2000 descrivendo analiticamente tutti gli elementi necessari alla esatta individuazione del titolo autocertificato; qualora il titolo autocertificato non fosse chiaramente descritto e mancasse di elementi essenziali alla sua valutazione non sarà tenuto in considerazione.

E' necessario allegare sempre fotocopia di valido ed idoneo documento di riconoscimento.

Per la formazione della graduatoria delle relative domande verranno seguiti i criteri di priorità sotto specificati:

1. Medici in possesso di specializzazione in Medicina Legale (graduati con anzianità di specializzazione).
2. Medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale (graduati secondo l'anzianità di laurea) che non svolgano altra attività convenzionata ai sensi dell'A.C.N. 23.03.2005.
3. Medici che hanno espletato attività di Medicina Fiscale nella ASL della Provincia di Varese (dall'1.01.1998) per un minimo di due anni graduati in relazione alla durata del periodo di attività (a parità di durata vale la maggiore anzianità di laurea).
4. Medici di Medicina Generale con un **numero di scelte non superiore a 650** graduati secondo il minor numero di scelte alla data di scadenza del bando e comunque con precedenza per quelli in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale.
5. Medici convenzionati per la Continuità assistenziale con incarico a tempo indeterminato, graduati secondo l'anzianità d'incarico, con precedenza per quelli in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale.
6. Medici sprovvisti dell'attestato di formazione graduati secondo l'anzianità di laurea.

A parità di titoli e condizioni sarà preferito il candidato residente o domiciliato nel territorio della A.S.L. della provincia di Varese o AA.SS.LL limitrofe più anziano di età.

ESCLUSIONI.

Sono esclusi i medici di medicina generale con un numero di scelte superiore a 650 alla data della scadenza del bando.

Non è conferibile l'incarico al medico che:

- Esercita più di una delle attività disciplinate dall'ACN 23.03.2005 (medico di medicina generale, medico di continuità assistenziale, medico dei servizi);
- Svolge attività di medicina fiscale per conto di altre ASL e/o Enti.

L'eventuale superamento del limite di 650 scelte comporta, per i Medici di Medicina Generale incaricati, la decadenza dall'incarico.

Gli incarichi conferiti avranno validità fino al 30.06.2011.

I candidati dovranno indicare nella domanda la propria disponibilità per una o più aree distrettuali (Area Distrettuale di Varese - composta dai Distretti socio-sanitari con sede ad Arcisate e sede a Varese, Area Distrettuale di Laveno Mombello - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Cittiglio e sede a Luino, Area Distrettuale di Sesto Calende - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Sesto Calende e sede ad Azzate, Area Distrettuale di Gallarate - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Gallarate e sede a Somma Lombardo, Area Distrettuale di Busto Arsizio - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Busto Arsizio e sede a Castellanza, Area Distrettuale di Saronno - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Saronno e sede a Tradate).

L'opzione indicata non è più modificabile e **non è vincolante per la A.S.L.**; l'accettazione di un'area distrettuale assegnata dalla A.S.L. al medico comporta l'automatica esclusione dell'assegnazione nelle altre sedi prescelte.

La ASL si riserva la facoltà, per esigenze di servizio, al termine dell'utilizzo della graduatoria, di reinterpellare gli iscritti in graduatoria che invitati a tempo debito ad assumere un incarico avevano espresso il proprio diniego.

L'attività verrà espletata in tutti i comuni dell'Area Distrettuale assegnata mediante turnazione semestrale stabilita dal Responsabile dell'Area stessa, fatto salvo per coloro per i quali sussiste l'incompatibilità prevista dall'art. 17 punto 2 - lettera a - dell'ACN 23.03.2005.

L'assetto organizzativo, nel contesto dell'Area Distrettuale di assegnazione, verrà definito nell'ambito del contratto.

Per i medici titolari di rapporti convenzionali di cui all'ACN 23.03.2005 l'attività non potrà essere espletata nell'ambito territoriale in cui si esercita l'attività convenzionata.

Ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003 si precisa che i dati personali forniti dai candidati nella domanda di partecipazione all'avviso saranno trattati, con modalità sia manuale sia informatizzata, per la finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale provvedimento di assunzione.

Titolare del trattamento è la ASL di Varese - nella persona del Dr. Pierluigi Zeli - con sede in Via O. Rossi n° 9 Varese.

Al Titolare del trattamento ci si potrà rivolgere per far valere i propri diritti così come previsti dall'art. 7 e seguenti del Decreto Legislativo 196/2003.

L'Azienda si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di prorogare la chiusura del presente avviso, la sua riapertura dei termini, la sua revoca.

Per ogni ulteriore informazione relativa al presente avviso gli aspiranti dovranno far riferimento al Servizio Coordinamento Attività Amministrative Distrettuali e Gestione Amministrativa Personale Convenzionato - Ufficio Prestazioni Sanitarie - della Sede ASL di Varese - Via O. Rossi, 9 - Tel. 0332/ 277242 - 277393 - 277540.

Al Direttore Generale
dell'A.S.L.
Via O. Rossi 9
21100 VARESE

_ 1 _ sottoscritt _____

CHIEDE

di poter partecipare all'avviso pubblico indetto da codesta Amministrazione per la copertura di *incarichi libero professionali per l'espletamento degli accertamenti di Medicina Fiscale.*

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole della responsabilità penale (art. 76 del D.P.R. 445/2000) nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)

1. di essere nato a _____ il _____
2. di essere residente a _____ c.a.p. _____
via _____
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
4. di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
 di aver subito le seguenti condanne penali _____
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
5. di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____ in data _____
6. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita presso _____ in data _____
7. di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi di _____ dal _____
8. di essere in possesso della specializzazione in Medicina Legale conseguita presso l'Università di _____ in data _____

9. di essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito in data _____ e di non svolgere altra attività convenzionata ai sensi dell'A.C.N. 23.03.2005;

10. di svolgere/ aver svolto attività di Medicina Fiscale presso la ASL della Provincia di Varese - (dall'1.01.1998 per un minimo di due anni) c/o l'Area Distrettuale di _____ dal _____ al _____

11. di essere Medico di Medicina Generale, con un numero di scelte non superiore a 650 (specificare il numero di scelte: _____) in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito il _____

12. di essere Medico convenzionato per la Continuità Assistenziale, con incarico a tempo indeterminato dal _____, in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito il _____

13. di essere medico sprovvisto dell'attestato di formazione in medicina generale con anzianità di laurea dal _____

14. di indicare di seguito le aree distrettuali prescelte _____

15. di svolgere alla data attuale le seguenti attività (specificare) _____

16. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera la ASL della Provincia di Varese da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ cap _____

città _____ prov. _____

recapito telefonico _____

17. che i documenti allegati alla presente istanza, numerati da 1 a _____ sono conformi agli originali, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

18. di essere informato/a, con la nota allegata alla presente, circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali raccolti e di manifestare il proprio consenso affinché gli stessi possano essere utilizzati dalla ASL di Varese, ai sensi del Decreto Legislativo 196/03, in quanto necessari per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale provvedimento di assunzione

Data _____

Firma _____

ALL/N° documenti.

ALLEGARE FOTOCOPIA DI IDONEO E VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA'

Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003
“Codice in materia di protezione dei dati personali”

INFORMATIVA

Gentile Utente,

Tutte le informazioni raccolte e quelle che emergono o potrebbero emergere nel corso delle prestazioni, saranno trattate in modo strettamente confidenziale, in conformità alle norme di buona pratica clinica nonché a quelle per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

In particolare ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/03, Le chiediamo di tenere conto di quanto segue:

– Finalità e modalità del trattamento

I suoi dati personali (generalità, informazioni anagrafiche, dati di salute, clinici e altrimenti sensibili) saranno gestiti e archiviati – in forma cartacea, automatizzata e/o informatizzata- per le esclusive finalità relative all'espletamento delle attività connesse alla presente richiesta.

– Natura obbligatoria o facoltativa dei dati e conseguenze di eventuale rifiuto a fornire i dati

Il consenso al trattamento dei suoi dati personali come sopra descritti, risulta indispensabile ai fini dell'espletamento delle attività connesse alla presente richiesta;

– Ambito di comunicazione e diffusione

I dati personali non saranno resi accessibili a terzi, se non nei casi previsti dalla legge;

– Diritti dell'interessato ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196/03.

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza a meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*
2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*
 - a) *dell'origine dei dati personali;*
 - b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
 - c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
 - d) *degli estremi identificativi dei titolari, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
 - e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti al quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*
3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*
 - a) *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
 - b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*
 - c) *l'attenzione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*
4. *L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*
 - a) *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
 - b) *al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

– Titolare

Il Titolare del trattamento dei suoi dati è l'ASL della Provincia di Varese, nella persona del Direttore Generale Dott. Pierluigi Zeli - con sede in Via O. Rossi, 9 - VARESE

AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI VACANTI PER L'ESPLETAMENTO DEGLI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI DI CONTROLLO SULLO STATO DI INVALIDITA' TEMPORANEA DEI LAVORATORI, IVI COMPRESI QUELLI DELL'ART. 5 LEGGE 300/70.

Varese, 16/06/2009

In esecuzione del provvedimento n. 442 del 04/06/2009 è indetto avviso pubblico per titoli per la formazione di una graduatoria di medici finalizzata al conferimento di incarichi libero-professionali vacanti da destinare all'effettuazione degli accertamenti di Medicina Fiscale nelle fasce orarie di reperibilità del lavoratore di tutti i giorni, compresi i non lavorativi ed i festivi (settore pubblico: h 8.00-13.00 e 14.00-20.00 -- settore privato: h 10.00-12.00 e 17.00-19.00).

Gli interessati sono invitati a presentare la relativa domanda, formulata secondo lo schema allegato, all'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese – Via O. Rossi 9 – entro

il giorno 17/07/2009

Detto termine è perentorio e non verranno prese in considerazione le domande che perverranno - qualunque ne sia la causa - oltre la sopraindicata scadenza.

La presentazione delle domande di partecipazione potrà avvenire esclusivamente con le seguenti modalità:

- consegna a mano presso l'Ufficio Protocollo della Sede Asl di Varese Via O. Rossi n. 9 durante gli orari di apertura al pubblico (dal lunedì al giovedì dalle ore 10.00 alle 12.30 e dalle ore 14.00 alle 15.30 e il venerdì dalle ore 10.00 alle 12.30);
- inoltre tramite il servizio postale;
non saranno accolte le domande pervenute all'Ufficio Protocollo oltre il termine di scadenza anche se recanti il timbro postale di spedizione antecedente.

L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione o smarrimento o mancato recapito o disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

La domanda di partecipazione dovrà essere redatta secondo il modello allegato.

Gli aspiranti all'incarico dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- b) Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici, attestata da certificato in data non anteriore a mesi sei rispetto a quello di scadenza del presente avviso;
- c) Abilitazione all'esercizio professionale.

Alla domanda dovranno essere allegati:

- Diploma di Laurea.
- Certificato di iscrizione all'albo professionale rilasciato in data non anteriore ai sei mesi dalla scadenza del presente avviso.
- Attestato di abilitazione all'esercizio professionale.
- Eventuali altri titoli utili per le valutazioni di cui ai paragrafi successivi.

Tutta la documentazione deve essere prodotta in originale o in copia autenticata.

E' consentita l'autocertificazione secondo quanto previsto dal DPR 445/2000 descrivendo analiticamente tutti gli elementi necessari alla esatta individuazione del titolo autocertificato; qualora il titolo autocertificato non fosse chiaramente descritto e mancasse di elementi essenziali alla sua valutazione non sarà tenuto in considerazione.

E' necessario allegare sempre fotocopia di valido ed idoneo documento di riconoscimento.

Per la formazione della graduatoria delle relative domande verranno seguiti i criteri di priorità sotto specificati:

1. Medici in possesso di specializzazione in Medicina Legale (graduati con anzianità di specializzazione).
2. Medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale (graduati secondo l'anzianità di laurea) che non svolgano altra attività convenzionata ai sensi dell'A.C.N. 23.03.2005.
3. Medici che hanno espletato attività di Medicina Fiscale nella ASL della Provincia di Varese (dall'1.01.1998) per un minimo di due anni graduati in relazione alla durata del periodo di attività (a parità di durata vale la maggiore anzianità di laurea).
4. Medici di Medicina Generale con un **numero di scelte non superiore a 650** graduati secondo il minor numero di scelte alla data di scadenza del bando e comunque con precedenza per quelli in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale.
5. Medici convenzionati per la Continuità assistenziale con incarico a tempo indeterminato, graduati secondo l'anzianità d'incarico, con precedenza per quelli in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale.
6. Medici sprovvisti dell'attestato di formazione graduati secondo l'anzianità di laurea.

A parità di titoli e condizioni sarà preferito il candidato residente o domiciliato nel territorio della A.S.L. della provincia di Varese o AA.SS.LL. limitrofe più anziano di età.

ESCLUSIONI

Sono esclusi i medici di medicina generale con un numero di scelte superiore a 650 alla data della scadenza del bando.

Non è conferibile l'incarico al medico che:

- Esercita più di una delle attività disciplinate dall'ACN 23.03.2005 (medico di medicina generale, medico di continuità assistenziale, medico dei servizi);
- Svolge attività di medicina fiscale per conto di altre ASL e/o Enti.

L'eventuale superamento del limite di 650 scelte comporta, per i Medici di Medicina Generale incaricati, la decadenza dall'incarico.

Gli incarichi conferiti avranno validità fino al 30.06.2011.

I candidati dovranno indicare nella domanda la propria disponibilità per una o più aree distrettuali (Area Distrettuale di Varese - composta dai Distretti socio-sanitari con sede ad Arcisate e sede a Varese, Area Distrettuale di Laveno Mombello - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Cittiglio e sede a Luino, Area Distrettuale di Sesto Calende - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Sesto Calende e sede ad Azzate, Area Distrettuale di Gallarate - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Gallarate e sede a Somma Lombardo, Area Distrettuale di Busto Arsizio - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Busto Arsizio e sede a Castellanza, Area Distrettuale di Saronno - composta dai Distretti socio-sanitari con sede a Saronno e sede a Tradate).

L'opzione indicata non è più modificabile e non è vincolante per la A.S.L.; l'accettazione di un'area distrettuale assegnata dalla A.S.L. al medico comporta l'automatica esclusione dell'assegnazione nelle altre sedi prescelte.

La ASL si riserva la facoltà, per esigenze di servizio, al termine dell'utilizzo della graduatoria, di reinterpellare gli iscritti in graduatoria che invitati a tempo debito ad assumere un incarico avevano espresso il proprio diniego.

L'attività verrà espletata in tutti i comuni dell'Area Distrettuale assegnata mediante turnazione semestrale stabilita dal Responsabile dell'Area stessa, fatto salvo per coloro per i quali sussiste l'incompatibilità prevista dall'art. 17 punto 2 - lettera a - dell'ACN 23.03.2005.

L'assetto organizzativo, nel contesto dell'Area Distrettuale di assegnazione, verrà definito nell'ambito del contratto.

Per i medici titolari di rapporti convenzionali di cui all'ACN 23.03.2005 l'attività non potrà essere espletata nell'ambito territoriale in cui si esercita l'attività convenzionata.

Ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003 si precisa che i dati personali forniti dai candidati nella domanda di partecipazione all'avviso saranno trattati, con modalità sia manuale sia informatizzata, per la finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale provvedimento di assunzione.

Titolare del trattamento è la ASL di Varese - nella persona del Dr. Pierluigi Zeli - con sede in Via O. Rossi n° 9 Varese.

Al Titolare del trattamento ci si potrà rivolgere per far valere i propri diritti così come previsti dall'art. 7 e seguenti del Decreto Legislativo 196/2003.

L'Azienda si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di prorogare la chiusura del presente avviso, la sua riapertura dei termini, la sua revoca.

Per ogni ulteriore informazione relativa al presente avviso gli aspiranti dovranno far riferimento al Servizio Coordinamento Attività Amministrative Distrettuali e Gestione Amministrativa Personale Convenzionato - Ufficio Prestazioni Sanitarie - della Sede ASL di Varese - Via O. Rossi, 9 - Tel. 0332/ 277242 - 277393 - 277540.

Al Direttore Generale
dell'A.S.L.
Via O. Rossi 9
21100 VARESE

_ 1 _ sottoscritt _____

CHIEDE

di poter partecipare all'avviso pubblico indetto da codesta Amministrazione per la copertura di *incarichi libero professionali per l'espletamento degli accertamenti di Medicina Fiscale.*

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole della responsabilità penale (art. 76 del D.P.R. 445/2000) nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)

1. di essere nato a _____ il _____
2. di essere residente a _____ c.a.p. _____
via _____
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
4. di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
 di aver subito le seguenti condanne penali _____
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
5. di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____ in data _____
6. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita presso _____ in data _____
7. di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi di _____ dal _____
8. di essere in possesso della specializzazione in Medicina Legale conseguita presso l'Università di _____ in data _____

9. di essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito in data _____ e di non svolgere altra attività convenzionata ai sensi dell'A.C.N. 23.03.2005;

10. di svolgere/ aver svolto attività di Medicina Fiscale presso la ASL della Provincia di Varese - (dall'1.01.1998 per un minimo di due anni) c/o l'Area Distrettuale di _____ dal _____ al _____

11. di essere Medico di Medicina Generale, con un numero di scelte non superiore a 650 (specificare il numero di scelte: _____) in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito il _____

12. di essere Medico convenzionato per la Continuità Assistenziale, con incarico a tempo indeterminato dal _____, in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito il _____

13. di essere medico sprovvisto dell'attestato di formazione in medicina generale con anzianità di laurea dal _____

14. di indicare di seguito le aree distrettuali prescelte _____

15. di svolgere alla data attuale le seguenti attività (specificare) _____

16. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera la ASL della Provincia di Varese da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ cap _____
città _____ prov. _____
recapito telefonico _____

17. che i documenti allegati alla presente istanza, numerati da 1 a _____ sono conformi agli originali, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

18. di essere informato/a, con la nota allegata alla presente, circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali raccolti e di manifestare il proprio consenso affinché gli stessi possano essere utilizzati dalla ASL di Varese, ai sensi del Decreto Legislativo 196/03, in quanto necessari per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all'eventuale provvedimento di assunzione

Data _____

Firma _____

ALL/N° documenti.

ALLEGARE FOTOCOPIA DI IDONEO E VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA'

Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003
“Codice in materia di protezione dei dati personali”

INFORMATIVA
Gentile Utente,

Tutte le informazioni raccolte e quelle che emergono o potrebbero emergere nel corso delle prestazioni, saranno trattate in modo strettamente confidenziale, in conformità alle norme di buona pratica clinica nonché a quelle per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

In particolare ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/03, Le chiediamo di tenere conto di quanto segue:

– Finalità e modalità del trattamento

I suoi dati personali (generalità, informazioni anagrafiche, dati di salute, clinici e altrimenti sensibili) saranno gestiti e archiviati – in forma cartacea, automatizzata e/o informatizzata- per le esclusive finalità relative all'espletamento delle attività connesse alla presente richiesta.

– Natura obbligatoria o facoltativa dei dati e conseguenze di eventuale rifiuto a fornire i dati

Il consenso al trattamento dei suoi dati personali come sopra descritti, risulta indispensabile ai fini dell'espletamento delle attività connesse alla presente richiesta;

– Ambito di comunicazione e diffusione

I dati personali non saranno resi accessibili a terzi, se non nei casi previsti dalla legge;

– Diritti dell'interessato ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196/03.

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza a meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*
2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*
 - a) *dell'origine dei dati personali;*
 - b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
 - c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
 - d) *degli estremi identificativi dei titolari, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
 - e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti al quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*
3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*
 - a) *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
 - b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*
 - c) *l'attenzione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*
4. *L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*
 - a) *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
 - b) *al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

– Titolare

Il Titolare del trattamento dei suoi dati è l'ASL della Provincia di Varese, nella persona del Direttore Generale Dott. Pierluigi Zeli - con sede in Via O. Rossi, 9 - VARESE