

Prot. n. 22381 /  
 PEC protocollo.ulss5@pecveneto.it

**COMITATO ZONALE – ROVIGO -**  
 c/o Azienda ULSS 5 Polesana – V.le Tre Martiri, 89 – 45100 ROVIGO –

ROVIGO, 31/8/2023

**PUBBLICAZIONE A TEMPO INDETERMINATO:  
 1 settembre 2023**

3° Trimestre 2023 si pubblicano i sotto elencati turni vacanti:

Azienda ULSS 5 Polesana di ROVIGO	Branca di:	Sede	
	<b>Oculistica</b> <b>Ore 20 sett.li</b> <b>INDIVISIBILI</b>	Distretto di Rovigo: Punto Sanità di Santa Maria Maddalena Punto Sanità di Lendinara Punto Sanità di Castelmassa	
	<b>Oculistica</b> <b>Ore 18 sett.li</b> <b>INDIVISIBILI</b>	Distretto Adria Poliambulatorio Adria	
	<b>Oculistica 38</b> <b>sett.li</b> <b>INDIVISIBILI</b>	Distretto di Rovigo: P.O. di Trecenta Punto Sanità Punto Sanità di Castelmassa Punto Sanità di Polesella Punto Sanità di Occhiobello	
	<b>Neurologia</b> <b>n. 38 ore sett.li</b> <b>INDIVISIBILI</b>	Distretto di Rovigo Cittadella Socio Sanitaria Punto Sanità di Castelmassa Punto Sanità di Badia Polesine	
		Punto Sanità di Lendinara	

	<p><b>Pediatria</b>  <b>Ore 24 sett.li</b>  <b>INDIVISIBILI</b></p> <p><b><u>Cardiologia</u></b>  <b>Ore 8 sett.li</b>  <b>INDIVISIBILI</b>          È previsto all'interno dell'orario anche lo svolgimento di consulenze domiciliari.</p> <p><b><u>Neuropsichiatria Infantile</u></b>  <b>Ore 38 sett.li</b>  <b>INDIVISIBILI</b></p> <p><b><u>Fisiochinesiterapia</u></b>  <b>Ore 34 sett.li</b>  <b>INDIVISIBILI</b>          È previsto all'interno dell'orario anche lo svolgimento di consulenze domiciliari.</p> <p><b><u>Ostetricia e Ginecologia Ore 30 sett.li</u></b>  <b>INDIVISIBILI</b></p> <p><b><u>Ostetricia e Ginecologia Ore 25 ore sett.li</u></b>  <b>INDIVISIBILI</b></p> <p><b><u>Ostetricia e Ginecologia Ore 19 ore sett.li</u></b>  <b>INDIVISIBILI</b></p>	<p>Distretto di Rovigo e          Distretto di Adria.  <b>Attività:</b>          - consultoriale          - vaccinale          - ambulatoriale</p> <p>Distretto di Adria:          Sedi:          Sede del Centro Socio Sanitario di Porto Tolle (zona disagiatissima ai sensi dell'art. 43 AIR 1386/2021)          Sede del Centro Socio Sanitario di Taglio di Po.</p> <p>Distretto di Rovigo</p> <p>Distretto di Adria</p> <p>Distretto di Adria.          Presso le seguenti sedi:          Consultorio Adria          Punto Sanità Porto Viro  <b>Punto Sanità Porto Tolle (Zona disagiatissima)</b>          Punto Sanità Taglio di Po</p> <p>Distretto di Rovigo</p> <p>Distretto di Rovigo          Consultorio familiare          Trecenta</p>	
--	--	---	--

	<p><b><u>Ostetricia e Ginecologia</u></b>  <b><u>Ore 2 ore sett.li</u></b>  <b><u>INDIVISIBILI</u></b></p>	<p>Consultorio familiare di Rovigo</p>	
	<p><b><u>n. 38 ore sett.li</u></b>  <b><u>INDIVISIBILI</u></b>  <b><u>Branca di Radiologia</u></b></p>	<p>Distretto di Rovigo – con orario diurno feriale da concordare, da svolgere presso la sede O.C. di Rovigo e sedi ambulatoriali del Distretto di Rovigo.</p>	
	<p><b><u>n. 38 ore sett.li</u></b>  <b><u>INDIVISIBILI</u></b>  <b><u>Branca di Radiologia</u></b></p>	<p>Distretto di Rovigo – con orario diurno feriale da concordare, da svolgere presso la sede O.C. di Trecenta e sedi ambulatoriali del Distretto di Rovigo.</p>	
	<p><b><u>n. 38 ore sett.li</u></b>  <b><u>INDIVISIBILI</u></b>  <b><u>Branca di Radiologia</u></b></p>	<p>Distretto di Adria – con orario diurno feriale da concordare, da svolgere presso la sede O.C. di Adria e sedi ambulatoriali del Distretto di Adria.</p>	

Gli specialisti interessati sono invitati ad inviare al Comitato Consultivo Zonale di Rovigo la propria disponibilità, **utilizzando il fac-simile di domanda allegato al presente bando**, a mezzo raccomandata A/R o per posta elettronica certificata (protocollo.aulss5@pecveneto.it ) **dal 01/09/2023 al 15/09/2023**.

L'Azienda Ulss 5 sulla base delle dichiarazioni di disponibilità pervenute nei termini individuerà l'avente diritto secondo l'ordine di priorità stabilito dall'art. 21 comma 2 dell'A.C.N. dei Medici Specialisti Ambulatoriali reso esecutivo dall'Intesa Stato-Regioni del 31/03/2020 e s.m.i.. L'ordine di individuazione sarà pubblicato sul sito dell'Azienda Ulss 5 nella sezione Comitato Zonale – Esiti pubblicazione.

I turni di radiologia sono pubblicati nelle more dell'autorizzazione della CRITE.

**Si avverte che l'Azienda Ulss 5 si riserva la facoltà, in regime di autotutela, di sospendere o revocare il presente avviso o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità e l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.**

**Il Direttore Sanitario**  
 Dr. Alberto Rigo

Resp.le procedimento:

Tel. 0425/393657 / Fax 0425/393617

Direttore della Funzione Territoriale

Dr.ssa Domenica Lucianò

Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale

Dott. Dario Sicchiero

Referente dell'Istruttoria: **Dott.ssa Anna Franzoso**

Tel. 0425/393619 / Fax 0425/393617

e-mail: [anna.franzoso@aulss5.veneto.it](mailto:anna.franzoso@aulss5.veneto.it)



**COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALL'ASSEGNAZIONE**

*ai sensi degli articoli 21 e 22 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali", esecutivo dal 31.03.2020 e smi;*

**Modalità d'invio:**

- invio preferibilmente PEC all'indirizzo: [protocollo.aulss5@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss5@pecveneto.it)
- a mezzo raccomandata A/R (con avviso di ricevimento) indirizzata a:  
Azienda Ulss 5 Polesana  
UOC "Direzione Amministrativa Territoriale"  
Viale Tre Martiri, 89- 45100 Rovigo

Il sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
indirizzo di Posta Elettronica \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

**COMUNICA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ ALL'ACQUISIZIONE DEI SEGUENTI  
INCARICHI:**

- n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di \_\_\_\_\_
- n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di \_\_\_\_\_
- n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di \_\_\_\_\_
- n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di \_\_\_\_\_

per nuovo incarico

per aumento orario

per trasferimento

*a tal fine dichiara*

*ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) del D.P.R. n. 445/2000 consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)*

a) **di possedere** la cittadinanza italiana ovvero di possedere la cittadinanza di altro Paese appartenente alla UE di seguito specificato \_\_\_\_\_

b) **di essere iscritto** all'Albo professionale:

medici chirurghi o degli odontoiatri ; veterinari ; biologi ; chimici ; psicologi ;

presso l'Ordine provinciale  regionale  nazionale  di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

c) **di possedere** il diploma di laurea della classe corrispondente in:

medicina e chirurgia ; odontoiatria e protesi dentaria ; medicina veterinaria ; biologia

chimica ; psicologia . Conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

con voto \_\_\_\_\_/110 con lode  senza lode

d) **di aver conseguito** la specializzazione in \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ presso l'Università/Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110 con lode  senza lode

e) **di aver conseguito** la specializzazione in \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ presso l'Università/Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110 con lode  senza lode

**(per i turni di Odontoiatria)** di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri dal \_\_\_\_\_

**Per gli psicologi in possesso della specializzazione in psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35**

**della legge 56/1989** dovranno specificare l'ORDINE Regionale presso il quale è stata riconosciuta ed il

Provvedimento \_\_\_\_\_ (numero e data) Ordine \_\_\_\_\_

Numero e data del Provvedimento \_\_\_\_\_

- fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15/10/1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza;
- beneficiare delle quote A e B del fondo di previdenza generale dell'EMPAM e degli altri enti previdenziali, o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'art. 54.

## *BARRARE LA VOCE CHE NON INTERESSA*

- **essere / non essere** a conoscenza di essere stato sottoposto a procedimenti penali - in caso affermativo specificare come si è concluso il procedimento (es. archiviazione, patteggiamento, sentenza di condanna, ecc.)  
\_\_\_\_\_
- **avere / non avere** riportato condanne per i reati di cui agli articoli del codice penale 600 bis – Prostituzione minorile; 600 ter – Pornografia minorile; 600 quater – Detenzione di materiale pornografico; 600 quinquies – Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile; 609 undecies – Adescamento di minorenni; acconsente a richiedere il proprio certificato del casellario giudiziale;
- **essere / non essere** destinatario di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- **essere / non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- **avere / non avere** subito procedimenti disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, specificare la violazione contestata, se il procedimento si è concluso, e con quale esito \_\_\_\_\_
- **essere / non essere** soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei/degli \_\_\_\_\_ - in caso affermativo specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo)  
\_\_\_\_\_

### *di essere:*

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. a):**

titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio:

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con anzianità di incarico di titolarità dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. b):**

titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'articolo 51:

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con anzianità di incarico di titolarità dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. c):**

titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità:

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con anzianità di incarico di titolarità dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. d):**

specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico:

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_  
per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

con anzianità di incarico di titolarità dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. e):**

specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione:

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. f):**

titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 28, comma 1;

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. g):**

titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo)

per n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico di titolarità** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. h):**

specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso.

**inserito nella graduatoria** provinciale di Rovigo per l'anno \_\_\_\_\_

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

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. i):**

specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;

**ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. j):**

medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale.

a) **medico di medicina generale** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

b) specialista pediatra di libera scelta dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

c) medico dipendente del SSN dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**precisa**

- se soggetto a riduzione oraria ai sensi **dell'art. 31 co. 5** negli ultimi 12 mesi riportare la data di decorrenza della riduzione stessa: \_\_\_\_\_ ;
- aver maturato un'anzianità di almeno 18 mesi nell'incarico in atto come specialista ambulatoriale interno, nel caso in cui sia necessario un trasferimento di ore (previa rinuncia) per il rispetto del massimale orario di 38 ore settimanali.

L'anzianità di cui sopra deve essere maturata alla scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità. SI  NO

Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), l'anzianità 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.

**SE SI TRATTA DI TURNI CON RICHIESTA DI SPECIFICHE CAPACITÀ PROFESSIONALI È INDISPENSABILE IL PROPRIO CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

A sensi del vigente Air (DGRV -1386 del 12/10/2021) la Commissione tecnica aziendale :

- a) valuta la documentazione prodotta dai candidati con dichiarazione resa ai sensi degli articoli 46-47 del DPR n. 445/2000 e smi;
- b) dichiara l'idoneità o meno dei candidati, sulla base unicamente dei titoli accademici e, inoltre, di titoli professionali conseguiti presso Aziende Ulss, Aziende Ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS pubblici e IZS, senza redigere alcuna graduatoria

**Allega alla presente i seguenti documenti:**

\_\_\_\_\_  
**Eventuali ulteriori informazioni:**  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda sede del Comitato Zonale di Rovigo, con tutta l'urgenza consentita e comunque non oltre quindici giorni dal suo verificarsi, ogni variazione che dovesse insorgere a modifica della posizione segnalata con il presente documento.

\_\_\_\_\_  
Luogo

data

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso in originale  
(leggibile)

**N.B.**

**ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

## Regolamento Europeo n. 679/2016

La presente Informativa viene resa dall'Azienda Ulss 5 Polesana (nel prosieguo "Azienda") ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (nel prosieguo, "GDPR"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

**Titolare del trattamento** dei suoi dati personali è l'Azienda Ulss 5 Polesana, con sede in Rovigo – Viale Tre Martiri n. 89.

Il Titolare ha nominato come Responsabile della protezione dei dati (RPD), Compliance Officer e Data Protection di Polito dott.ssa Filomena [rpd@aulss5.veneto.it](mailto:rpd@aulss5.veneto.it)

**Soggetti autorizzati al trattamento.** I suoi dati personali sono trattati da personale interno, preventivamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti tutti volti alla concreta tutela dei Suoi dati personali.

**Finalità trattamento dati:** il trattamento dei Suoi dati personali viene effettuato dall'Azienda per gli adempimenti previsti per legge finalizzati alla verifica dell'incompatibilità al fine del conferimento dell'incarico a tempo determinato/indeterminato ai sensi dell'ACN 31/03/2020 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

**Destinatari dati personali:** i Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso di eventuale instaurazione del rapporto convenzionale con l'Azienda.

**Trasferimento dei dati personali ai paesi extra UE:** I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

**Modalità di trattamento:** il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e/o automatizzata, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza, ad opera di soggetti appositamente autorizzati.

**Periodo di conservazione dei dati:** I suoi dati personali sono conservati all'interno del fascicolo personale per un tempo illimitato.

**Diritti degli interessati:** Nella Sua qualità di interessato, Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e degli articoli 15-22 del GDPR tra cui il diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica dei dati inesatti

- di ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati siano trattati illecitamente;
- di opporsi al trattamento dei dati personali

di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 77 del GDPR (In Italia il Garante per la protezione dei dati personali).

Lei potrà esercitare i diritti sopra citati contattando il Titolare del trattamento – Azienda Ulss 5 Polesana di Rovigo – tramite posta elettronica certificata alla casella PEC [protocollo@aulss5@pecveneto.it](mailto:protocollo@aulss5@pecveneto.it) o tramite semplice mail alla casella istituzionale [protocollo@aulss5.veneto.it](mailto:protocollo@aulss5.veneto.it).

**Natura del conferimento dati e conseguenze in caso di rifiuto:** il conferimento dei Suoi dati è necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla partecipazione al presente procedimento.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ presa visione dell'informativa di cui sopra, autorizza il trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma

**ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**