

FAC SIMILE ALLEGATO A)

 AL DIRETTORE GENERALE

 DELLA AZIENDA USL DI PESCARA

 Via Renato Paolini, 45

 65124 PESCARA

Il/lasottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_chiede di essere ammesso a partecipare all’avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, con procedura aggregata, riservato al personale dirigenziale medico della disciplina di medicina d’emergenza - urgenza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, in servizio presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 22/02/2024. A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

1) di chiamarsi (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. di \_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di risiedere in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_\_\_) c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1);

4) di optare per l’asl di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare una sola ASL a pena di esclusione ai sensi dell’art. 4 del bando);

5) di avere procedimenti penali in corso (ovvero di non avere procedimenti penali in corso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

6) di aver riportato (ovvero di non aver riportato) le seguenti condanne penali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2) e di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari nell’ultimo biennio conclusisi con provvedimenti sanzionatori;

7) di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

8) di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con durata del corso di studi pari ad anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare se conseguito ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 così come modificato dal D.Lgs. n. 368/99 e la durata legale della scuola);

9) di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

10) di essere iscritto all’Albo professionale dell’Ordine dei Medici-Chirurghi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

11) di prestare attualmente servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato in qualità di Dirigente Medico nella disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso l’unità operativa/servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ovvero dell’Ente/Azienda

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

12) di aver superato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il periodo di prova presso l’Azienda/l’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-;

13) di essere in possesso della piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza per la quale richiede la mobilità senza alcuna limitazione;

14) di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni.

15) di prestare consenso, in base al Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, al trattamento dei dati personali.

Allega alla presente domanda un curriculum formativo-professionale compilato secondo le indicazioni contenute nell’allegato B) del bando della presente selezione, nonché la seguente ulteriore documentazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

Dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa all’avviso al seguente indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c.a..p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)

(1) - In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi.

(2) - Le condanne penali vanno dichiarate anche quando sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale.

(3) - La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

 Allegare fotocopia fronte retro di un valido documento di identità del sottoscrittore. Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato, in corso di validità

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è la ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C%3A%5CUsers%5Csimona.biondi%5CDesktop%5Cdpo%40asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito www.asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Firma anche per presa visione dell’informativa estesa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



FAC SIMILE ALLEGATO B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Il/la sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, con procedura aggregata, riservato al personale dirigenziale medico della disciplina di medicina d’emergenza - urgenza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, in servizio presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 22/02/2024. Dichiara, in sostituzione di certificazioni, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace: (a titolo esemplificativo si elencano alcune fattispecie che possono essere oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione):

\* di essere in possesso della professionalità specifica in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiesta dal bando;

\* di essere in possesso del Diploma di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_nell’anno accademico \_\_\_\_\_;

\* di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione \_\_\_\_\_\_, conseguita in data \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

\* di essere in possesso del diploma di specializzazione\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso\_\_\_\_\_nell’anno\_\_\_\_\_\_\_\_,(specificare se conseguito ai sensi del Decreto Legislativo n. 257/91 così come modificato dal Decreto Legislativo n. 368/99 e la durata legale della scuola).

\* di essere iscritto all’ordine dei \_\_\_\_\_della provincia di \_\_\_\_\_dalla data del \_\_\_\_con il numero di iscrizione \_\_\_\_\_ ;

\* di essere in possesso dei titoli di preferenza di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\* di non essere stato dichiarato dall’organismo competente fisicamente “non idoneo” ovvero “idoneo con prescrizioni particolari” alle mansioni del profilo oggetto della mobilità per cui si richiede la partecipazione, ovvero, di non essere stato formalmente dichiarato limitato al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso;

\* di aver superato il periodo di prova;

\* di avere procedimenti penali in corso (ovvero di non avere procedimenti penali in corso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; \* di aver riportato (ovvero di non aver riportato) le seguenti condanne penali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari nell’ultimo biennio conclusisi con provvedimenti sanzionatori; \* di essere in possesso dell’ulteriore titolo di studio in : \_\_\_\_\_\_conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_, \* di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili : Attestati di partecipazione a congressi, convegni, corsi di aggiornamento, di formazione professionale e di qualificazione tecnica ecc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.Alla dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato, in corso di validità. Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è la ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C%3A%5CUsers%5Csimona.biondi%5CDesktop%5Cdpo%40asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito www.asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Firma anche per presa visione dell’informativa estesa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



FACSIMILE ALLEGATO C)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, con procedura aggregata, riservato al personale dirigenziale medico della disciplina di medicina d’emergenza - urgenza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, in servizio presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 22/02/2024. Dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace: **(a titolo esemplificativo si elencano alcune fattispecie che possono essere oggetto di dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà):**

\* di prestare attualmente servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato in qualità di Dirigente Medico della disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’unità operativa/servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e con prestazione oraria settimanale pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con le seguenti interruzioni del servizio:

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\* di aver prestato i seguenti servizi (precisare presso quale Ente/Azienda, natura del rapporto se subordinato, coordinato e continuativo, libero professionale, decorrenza del rapporto di lavori e fine rapporto di lavoro, orario di lavoro settimanale, eventuali interruzioni del servizio) :

-dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto di lavoro di tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e con prestazione oraria settimanale pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nonché con le seguenti interruzioni del servizio:

- dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\* di aver svolto attività di insegnamento come segue:

-dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per un numero di ore pari a \_\_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.Alla dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato, in corso di validità.Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/odelle pubblicazioni.

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è la ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C%3A%5CUsers%5Csimona.biondi%5CDesktop%5Cdpo%40asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito www.asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Firma anche per presa visione dell’informativa estesa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



FAC SIMILE ALLEGATO D)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ

 ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/la sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso di mobilità volontaria interregionale, per titoli e colloquio, con procedura aggregata, riservato al personale dirigenziale medico della disciplina di medicina d’emergenza - urgenza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, in servizio presso Aziende ed Enti del Comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale di cui al Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 22/02/2024. Dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace:

\* che le allegate copie integrali delle seguenti pubblicazioni sono conformi all’originale in suo possesso:

TITOLI DEL LAVORO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per consentire la corretta valutazione delle pubblicazioni è necessario allegare alla domanda copia integrale delle stesse.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.: La firma in calce alla presente dichiarazione non dovrà essere autenticata.

 Alla dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica fronte retro, di un documento di identità del sottoscritto, in corso di validità.

 Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una Amministrazione dello Stato.

 Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso alla pubblica selezione, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni.

 Non saranno valutate le pubblicazioni, seppur allegate in copia integrale, non elencate nella presente dichiarazione

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è la ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C%3A%5CUsers%5Csimona.biondi%5CDesktop%5Cdpo%40asl.pe.it). Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito www.asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

Firma anche per presa visione dell’informativa estesa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_