

Allegato 5**AVVISO DISPONIBILITA' ALLA CONDUZIONE ATTIVITA' SIMULAZIONE E RELATORE
ESPERTO CORSI DI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE**

DIPARTIMENTO DI GOVERNANCE - SERVIZIO POLO UNIVERSITARIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Spett.le
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Servizio Acquisizione e Sviluppo
Via Degasperi n. 79
38123 Trento

**Oggetto: Disponibilità conferimento incarico ATTIVITÀ DI SIMULAZIONE/RELATORE ESPERTO
presso i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie**

scadenza **lunedì 20 gennaio 2020**

Il/La sottoscritto/a (cognome) (nome)

Nato/a a Provincia il

Telefono mail

Preso visione dell'avviso pubblico

COMUNICA la propria disponibilità per l'affidamento all'incarico di

Attività (riportare denominazione esatta)	Corso di laurea (max 1 scelta per attività)
1.	☐ FT ☐ INF ☐ ID ☐ TeRP ☐ TPALL
2.	☐ FT ☐ INF ☐ ID ☐ TeRP ☐ TPALL
3.	☐ FT ☐ INF ☐ ID ☐ TeRP ☐ TPALL

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

di essere in possesso dei *requisiti minimi* previsti dal bando per il singolo incarico:

titolo di studio

dipendente a tempo interminato APSS, servizio

dipendente a tempo indeterminato ENTE

sede servizio

Libero Professionista

di *avere ottenuto* all'atto della presentazione della domanda l'autorizzazione da parte del proprio Responsabile/Direttore qualora dipendente APSS;

per dipendenti di altri Enti (es. APSP) di avere richiesto l'eventuale nulla-osta allo svolgimento dell'attività didattica qualora previsto;

di *essere disponibile* a svolgere con modalità continuativa a svolgere attività di supervisione degli studenti in tirocinio;

di *essere* consapevole che nel caso il modulo sia carente dei dati o allegati richiesti lo stesso non verrà considerato

di *avere* preso visione dei requisiti minimi, dei criteri di valutazione e delle priorità di assegnazione

di *avere/non avere* rapporti di interesse o di sponsorizzazione con Aziende di settore attinenti all'insegnamento, eventualmente segnalare quali _____

DICHIARA INOLTRE

Di avere/non avere vincoli di parentela o affinità, entro il secondo grado, con i componenti della commissione e comunque di non trovarsi in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale;

SI IMPEGNA al rispetto di quanto previsto dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e dal Codice di Comportamento aziendale, documenti disponibili all'indirizzo: <https://www.apss.tn.it/it/-/programma-per-la-trasparenza-e-l-integrita> (link documenti)

Il/La sottoscritto/a _____ si impegna inoltre a garantire lo svolgimento dell'insegnamento in coerenza al piano formativo e orario e valutazione dell'apprendimento qualora prevista.

ALLEGA

- ☐ Copia documento di identità in corso di validità
- ☐ Curriculum vitae degli ultimi 5 anni, ovvero dal 2015 ad oggi

Data,

Firma

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente domanda è stata:

☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto _____ (indicare in stampatello il nome del dipendente)

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

Si informa che ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679:

1. i dati personali forniti nell'ambito del rapporto relativo allo svolgimento di attività didattica verranno trattati esclusivamente per la corretta gestione amministrativa e contabile dell'incarico;
2. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso alla formalizzazione dell'incarico per lo svolgimento di attività didattica;
3. i dati personali saranno comunicati ai soggetti preposti alla liquidazione dell'eventuale corrispettivo e/o prestazione previdenziale;
4. il trattamento dei dati sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico, da parte di personale autorizzato;
5. i dati personali saranno conservati per tempo illimitato;
6. i dati personali non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea;
7. il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con sede in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@apss.tn.it;
8. preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio supporto amministrativo;
9. l'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it;
10. l'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.