



Prot. n. 34044 del 01/06/2021 - cod. fascicolo 2.5.03/2021/7

AVVISO PUBBLICO

PER LA COSTITUZIONE DI UN ALBO APERTO
DI MEDICI DISPONIBILI ALL'ASSUNZIONE DI INCARICHI TEMPORANEI
NEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DI ATS PAVIA.

SCADENZA INVIO PRIMA TRANCHE DI DOMANDE: 11 giugno 2021 ore 12.00

Si rende noto che in esecuzione del decreto n. 342/DGi del 26 maggio 2021 è indetto avviso pubblico per la costituzione di un albo aperto di medici disponibili all'assunzione di incarichi temporanei nel Servizio di Continuità Assistenziale per il periodo 1 luglio 2021 – 31 marzo 2022.

Requisiti di ammissione:

- Laureati in Medicina Chirurgia con abilitazione alla professione e iscritti all'albo professionale.
- Disponibilità di mezzo proprio

Esclusioni:

non possono partecipare al seguente avviso:

- i soggetti già lavoratori privati, pubblici, collocati in quiescenza (art.5-comma9-D.L.n.95/2012, convertito in Legge 135/2012, come modificato dal D.L. n.90/2014, convertito con modificazioni dalla Legge n.114/2014;
- coloro che siano stati destituiti o dispensati dal servizio presso una Pubblica Amministrazione, ovvero che hanno cessato il rapporto con una Pubblica Amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- coloro che hanno subito condanne penali relative a reati contro la Pubblica Amministrazione. In tal caso l'Agenzia procederà alla valutazione di tali condanne al fine di accertare, secondo un consolidato indirizzo giurisprudenziale (CdS IV, 20.01.2006, n.130; CdS, VI, 17.10.1997, n.1487; TAR Lazio II, 02.04.1996, n.721) la gravità dei fatti penalmente rilevanti, dai quali può desumere l'eventuale inesistenza dei requisiti di idoneità morale ed attitudine ad espletare attività presso una Pubblica Amministrazione; l'Agenzia si riserva di valutare, a suo insindacabile giudizio, se le sentenze penali riportate, la sottoposizione a misure di sicurezza, ovvero i procedimenti penali in corso risultino ostativi all'ammissione.

Durata e compenso:

L'incarico potrà essere attribuito sino al 31 marzo 2022, per 24 ore settimanali (8/9 turni mensili) o, in caso di esplicita richiesta da parte dei medici iscritti a corsi di formazione MMG o a scuole di specialità, potrà essere ridotto a 12 ore settimanali (4/5 turni mensili)

Il compenso previsto è stabilito dal vigente ACN per la disciplina dei rapporti convenzionati con i medici di medicina generale

I medici incaricati saranno dotati di idonei dispositivi di protezione individuale e di ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

Modalità di presentazione delle disponibilità:

La manifestazione di interesse dovrà essere espressa mediante compilazione del modulo allegato, unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità, esclusivamente da pec personale al seguente indirizzo mail: protocollo@pec.ats-pavia.it.

Modalità di assegnazione e caratteristiche dell'incarico:

Per l'inserimento nell'Albo non verrà espletata alcuna procedura selettiva in quanto il presente avviso è finalizzato esclusivamente alla ricerca di professionisti che manifestino il loro interesse all'affidamento dell'incarico di cui al presente avviso. Le disponibilità verranno inserite in base all'ordine di presentazione delle stesse. L'ATS provvederà a conferire l'incarico temporaneo di volta in volta, in base alle necessità

rilevate, dando la priorità ai professionisti residenti nel territorio di competenza di ATS Pavia e seguendo i criteri previsti dal vigente ACN:

- iscritti in graduatoria regionale
- in possesso di attestato MMG
- in possesso del titolo equipollente
- iscritti a corso di formazione MMG
- non iscritti a corsi di formazione o scuole di specialità
- iscritti a suole di specialità.

Nell'espletamento dell'incarico il professionista è tenuto ad osservare il Codice di Comportamento dell'ATS di Pavia e il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza.

Il medico incaricato, al momento della sottoscrizione dell'incarico, non dovrà trovarsi in situazione di incompatibilità.

Scadenza:

La prima costituzione verrà effettuata sulla base delle disponibilità pervenute entro il **11 giugno 2021 ore 12.**

Successivamente si procederà all'aggiornamento dell'Albo con l'inserimento delle nuove iscrizioni con periodicità trimestrale a cura del Dipartimento Cure Primarie - UOC Rete assistenza primaria e continuità delle cure. In caso di necessità si potrà procedere ad un aggiornamento straordinario prima delle scadenze previste.

Norme finali:

L'ATS di Pavia si riserva la facoltà, in ogni momento, di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso a suo insindacabile giudizio, senza che gli aspiranti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

I dati personali forniti dai candidati, ai sensi di quanto previsto dal Regolamento Europeo 206/679, saranno utilizzati ai fini del procedimento per i quali sono acquisiti, ed utilizzati unicamente per tali finalità.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Mara Azzi

**MODELLO DOMANDA**

Al Direttore Generale
ATS della Provincia di Pavia
Dipartimento Cure Primarie
Viale Indipendenza 3
27100 PAVIA

Il sottoscritto nato a

Prov..... il..... Codice Fiscale.....

Residente aProv.....Cap.....

Vianr.....Tel.....

Domiciliato aProv.....Cap.....
(solo se diverso dalla residenza)

Indirizzo mail.....

Indirizzo PEC(obbligatorio).....

PRESENTA

Domanda di partecipazione all'albo aperto di medici disponibili all'assunzione di incarichi temporanei nel servizio di continuità assistenziale di ATS Pavia

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA DI

(barrare la casella che interessa)

☐ essere in possesso della Laurea in medicina e Chirurgia conseguita in data

Presso l'Università di voto laurea

☐ essere in possesso dell'Abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita

in data presso l'Università di.....

essere iscritto all'Albo Professionale di

☐ avere ☐ non avere provvedimenti in essere di sospensione dell'Ordine dei Medici

tipologia..... durata.....

☐ avere ☐ non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

- ☐ essere ☐ non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- ☐ avere ☐ non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Agenzie/Aziende del SSN;
- ☐ avere ☐ non avere eventuali sanzioni disciplinari in corso o pregresse;
tipologia.....durata.....
- ☐ essere ☐ non essere iscritto nella graduatoria regionale di Assistenza Primaria per l'anno 2021;
- ☐ essere ☐ non essere iscritto nella graduatoria regionale di Continuità Assistenziale per l'anno 2021;
- ☐ essere ☐ non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito in data.....;
- ☐ essere ☐ non essere in possesso del titolo equipollente;
- ☐ essere ☐ non essere iscritto a corso di formazione MMG;
- ☐ essere ☐ non essere iscritto a corso di specializzazione;
- ☐ avere la disponibilità di proprio automezzo

Il sottoscritto dichiara inoltre:

.di aver preso atto di tutte le condizioni stabilite nell'avviso;

.di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali Reg.UE n.679/2016), ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti

data.....

.....
firma

all.: . fotocopia fronte/retro del documento di identità
 . dichiarazione sostitutiva di atto notorio (ai sensi art. 47 DPR 445/2000) (**allegato n.1**)
 . informativa privacy (**allegato n. 2**)



DICHIARAZIONE INFORMATIVA MEDICINA GENERALE

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all'Allegato L dell' ACN per la
medicina generale del 29.07.2009)

Il sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ il _____ residente in

_____ Via/Piazza _____ n. _____ iscritto

all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli

effetti dell'art. 47, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come

stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e che, qualora dal controllo effettuato

emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al

provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

Dichiara formalmente di

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati(2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro

_____ Periodo dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte
Periodo dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato
(1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca _____ Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 D.L.vo 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):

Regione _____ A.S.L. _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di Lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

(2) organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività_____

Tipo di rapporto di lavoro_____

Periodo dal_____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81

Azienda_____ ore sett._____

Via_____ comune di_____

Periodo dal_____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell' Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda_____ Comune di_____

Periodo: dal_____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal_____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della previdenza Sociale:

Periodo dal_____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: **NESSUNA**)

_____ periodo dal_____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda_____ Comune_____ ore sett._____

Tipo di attività_____

Periodo: dal_____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico_____

Via_____comune di_____

Tipo di attività_____

Tipo di rapporto di lavoro_____

Periodo: dal_____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a :(2)

Periodo dal_____

20) fruire/non fruire (1) del trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto_____erogante_____il_____trattamento
pensionistico_____

Pensionato dal_____

NOTE_____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero

Data_____

Firma_____

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"



INFORMATIVA PRIVACY

***ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 ("RGPD")
e della normativa italiana vigente***

Gentilissimo/a,

La informiamo che, ai sensi e per gli effetti, degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Pavia, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i Suoi dati personali (comprese le categorie particolari di dati personali di cui all'art. 9 paragrafo 1, del Regolamento tra le quali quelle relative ai dati genetici, biometrici e relativi alla salute) da Lei forniti per iscritto (via fax, via email, pec, etc.) o verbalmente e liberamente comunicati oppure acquisiti presso soggetti terzi pubblici e/o privati.

Il Trattamento viene effettuato da ATS nel rispetto dei diritti dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO (Art. 13 c. 1 l. a del Reg. UE n. 679/2016)

Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia con sede in 27100 Pavia, Viale Indipendenza 3, C.F. e P.IVA: 02613260187 - PEC: protocollo@pec.ats-pavia.it.

DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO) (Art. 13 c. 1 l. b del Reg. UE n. 679/2016)

I dati di contatto del RPD sono disponibili sul sito dell'ATS di Pavia www.ats-pavia.it seguendo il seguente percorso dall'HomePage:

[Homepage](#) → [Organizzazione e Documenti](#) → [Struttura organizzativa](#) → Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) dell'Agenzia di Tutela della Salute di Pavia

Il Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'Ente.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO (Art. 13 c. 1 l. c del Reg. UE n. 679/2016)

Tutti i dati personali comunicati dal Soggetto Interessato, acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti e che sono connessi, strumentali e inerenti allo svolgimento delle funzioni istituzionali delle ATS previsti dalla normativa regionale vigente (Legge regionale n. 23/2015 e smi), sono trattati nel contesto del seguente specifico trattamento: ***recepimento disponibilità e selezione del personale medico per eventuale istituzione di rapporto convenzionato a tempo determinato in qualità di medico di Medicina Generale/Continuità Assistenziale/Pediatra di libera***. In ottemperanza alla normativa vigente rispetto agli obblighi di trasparenza, i dati relativi al Soggetto Interessato vengono trattati con particolare riferimento alla pubblicazione:

- del provvedimento di nomina/conferimento incarico e relative graduatorie;
- del curriculum vitae;
- di ogni altra informazione connessa all'adempimento derivante da obblighi di legge.

I Trattamenti riguardano tutto il periodo in cui il Soggetto ha rapporti con l'Agenzia fino alla costituzione di eventuale rapporto di lavoro.

Di seguito sono elencati i principali riferimenti normativi.

- ACN vigenti con riferimento all'area di appartenenza;
- D.Lgs. 502/1992 e smi;
- D.Lgs. 81/2008 e smi;
- DPR 62/2013 e smi;
- D.Lgs. 33/2013 e smi;

Il conferimento dei dati personali oggetto della presente informativa specifica risulta essere necessario al fine di poter consentire all'ATS Pavia di svolgere in modo corretto i compiti istituzionali connessi allo specifico trattamento.

I DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO CONSISTONO IN:

nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza, numero del documento d'identità, contatti telefonici;

informazioni demografiche (quali sesso, età, data di nascita, nazionalità, educazione/esperienza lavorativa, titoli professionali o di studio, occupazione);



copia di documenti di identità e informazioni correlate;
dichiarazioni rese dall'interessato o che abbiano ad oggetto l'interessato;
informazioni relative all'impiego, quali il ruolo ricoperto, qualifiche professionali, titoli di studio;
ogni altro dato che consenta all'ATS Pavia di svolgere in modo corretto i compiti istituzionali connessi allo specifico trattamento.

Per le finalità indicate nella presente informativa, è possibile che vengano raccolti e trattati dati personali qualificabili come "categorie particolari" tra cui:

- dati sanitari (storia medica, report su diagnosi mediche, infortuni e relativo trattamento);
- dati idonei a rivelare, stato di salute, fisico e mentale, dati genetici;
- dati relativi a condanne penali e reati.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

La raccolta e il trattamento dei dati personali ha luogo con l'ausilio di mezzi cartacei, elettronici, informatici o via web per le operazioni indicate dall'art. 4 punto 2) del GDPR quali: registrazione, organizzazione, consultazione, elaborazione, modificazione, estrazione, utilizzo, comunicazione, cancellazione.

I dati verranno raccolti e trattati esclusivamente da personale a ciò specificamente autorizzato e vincolato ad un obbligo di riservatezza per quanto riguarda i dati particolari ai sensi dell'art. 9 RGDP e sensibili.

I dati non sono in alcun caso oggetto di diffusione.

NATURA DEL CONFERIMENTO E RIFIUTO

Si informa che, tenuto conto delle finalità del trattamento, come sopra illustrate, il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di evadere specifiche richieste formulate dall'Interessato e di dare corso e adempiere a qualunque obbligo derivante dal procedimento nel cui contesto i dati sono trattati e per le finalità del trattamento come declinate al precedente punto 3.

CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali comuni sono conservati su supporto cartaceo e/o su database informatici accessibili solo dalle persone autorizzate.

I dati saranno conservati per il tempo necessario al conseguimento delle finalità del trattamento, salvo richiesta di cancellazione, nel rispetto di obblighi legali ed amministrativi e nel rispetto del principio di minimizzazione di cui all'art. 5 del GDPR.

LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI DAL TITOLARE DEL TRATTAMENTO (Art. 13 c. 1 l.d del Reg. UE n. 679/2016)

Il Titolare tratta i dati personali per l'esecuzione dei propri compiti istituzionali, di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI (Art. 13 c. 1 l.e e c. 2 l.e del Reg. UE n. 679/2016)

I dati personali dell'Interessato, qualora fosse necessario, potranno essere comunicati sia ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva, sia ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali, anche sensibili, risulti necessaria o comunque funzionale all'erogazione del servizio in qualità di titolari autonomi (Aziende Socio Sanitarie Territoriali, Strutture sanitarie accreditate e a contratto ubicate nel territorio dell'ATS di Pavia). Potranno essere altresì comunicati in caso di reclamo agli interessati dal reclamo stesso. I dati sensibili non vengono in alcun caso diffusi (intendendosi con tale termine il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati, fatti salvi i casi in cui vi è l'obbligo di pubblicazione).

Nello specifico del trattamento cui la presente informativa si riferisce, i dati personali potranno essere comunicati alle seguenti categorie principali di soggetti ("destinatari"):

- Enti dell'Amministrazione Centrale (Ministeri, etc.);
- Ordine dei Medici;
- Uffici interni ATS a seconda delle loro competenze come declinate dal POAS Aziendale;
- Broker e Compagnie Assicurative contrattualizzate con l'Agenzia in caso di evento che richieda a norma di contratto l'apertura di un sinistro sulla polizza di riferimento in relazione alla procedura attivata.
- Ogni altro soggetto destinatario previsto dalla Legge.

CRITERI UTILIZZATI PER DETERMINARE IL PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI; (Art. 13 c. 2 l.a) del Reg. UE n. 679/2016)

I dati saranno conservati in conformità a quanto previsto dal Titolaro e Massimario del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia attualmente in vigore o smi, e in termini comunque non superiori a quelli necessari per la gestione di eventuali contenziosi/ricorsi.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato può esercitare i diritti elencati nel RGPD rivolgendosi al Titolare:



- a. Diritto di accesso (Art. 15 del Reg. UE n. 679/2016),
- b. Diritto di rettifica (Art. 16 del Reg. UE n. 679/2016),
- c. Diritto alla cancellazione (Art. 17 del Reg. UE n. 679/2016),
- d. Diritto di limitazione di trattamento (Art. 18 del Reg. UE n. 679/2016),
- e. Diritto alla portabilità dei dati (Art. 20 del Reg. UE n. 679/2016),
- f. Diritto di opposizione (Art. 21 del Reg. UE n. 679/2016),
- g. Diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome			
Via	n.	Località		C.A.P.	Prov.
Telefono	Fax	E-Mail			

dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui all'Articolo 13 commi 1 e 2 del Regolamento UE 2016/679 ("RGPD").

Luogo e Data

Firma