

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____
(per le donne indicare il cognome da nubile)

NOME _____

NATO/A A _____ il _____

SERVIZIO: SCUOLA DI _____

SEDE DI AFFERENZA : DIPARTIMENTO DI _____

QUALIFICA _____ S.S.D. _____

RAPPORTO CONVENIONE CON A.S.L. _____

STRUTTURA ASSISTENZIALE _____

INCARICO ASSISTENZIALE: _____

CHIEDE

-ai sensi ed agli effetti dei disposti del D.Lgs. 502/1992, del D.Lgs. 517/1999, della L 138/2004, dell'art. 11 del D.P.R. 382/1980 e dell'articolo 6 della Legge 240/2010 e loro s.m.i., a decorrere dal 1° gennaio 201____,

di optare per il regime d'impegno a tempo pieno e contestuale opzione per l'esercizio dell'attività assistenziale intramuraria (*regime di esclusività*) ;

di optare per il regime d'impegno a tempo definito e contestuale opzione per l'esercizio dell'attività libero-professionale extramuraria (*regime di non esclusività*) .

DICHIARA

di essere iscritto/a all' Albo Professionale dell'Ordine _____

di _____ c.a.p. _____

Via/Piazza _____ n° _____

telefono _____

n° iscrizione: _____ data di iscrizione: _____

di non essere iscritto/a ad alcun Albo Professionale

SI IMPEGNA

AD OSSERVARE LE NORME DI INCOMPATIBILITA' PREVISTE DALLE VIGENTI DISPOZIONI DI LEGGE.

_____, li

(firma leggibile)

***Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 DPR 445/00).**

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

Il Settore del Personale docente e rapporti con la ASL provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara.

Responsabile del trattamento: Dott.ssa Valentina ALBERTAZZI – Tel. 0871/3556080 – Fax 0871/3556102

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

_____, li

il/la dichiarante

(firma leggibile)