



Si rende noto che in esecuzione alla delibera del Direttore Generale di ASST Pavia n. 1151 del 19/12/2024 è indetto

## AVVISO PUBBLICO

volto alla predisposizione delle graduatorie aziendali di medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione per la medicina generale, ruolo unico di assistenza primaria (a ciclo di scelte e ad attività oraria) e pediatria di libera scelta dell'ASST di Pavia - anno 2025.

**SCADENZA: entro le ore 12 del 31 gennaio 2025**

### **Requisiti di ammissione per la partecipazione al presente avviso**

- Laurea in Medicina e Chirurgia e relativa abilitazione;
- Iscrizione all'Ordine dei Medici;
- Assenza di provvedimenti in essere di sospensione dall'Ordine dei Medici;
- Disponibilità di proprio automezzo (solo per i medici ad attività oraria).

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda.

**Non devono partecipare** al presente avviso i medici iscritti in graduatoria regionale anno 2025 che, in sede di presentazione della domanda (a gennaio 2024), abbiano manifestato la volontà di essere inseriti nella graduatoria aziendale ASST Pavia e che saranno graduati in ordine al punteggio indicato nella graduatoria regionale.

### **Domanda di ammissione: termine e modalità**

I medici interessati all'inserimento nella graduatoria aziendale dovranno presentare domanda in bollo da 16 euro utilizzando esclusivamente il modello allegato, scaricabile, unitamente al presente avviso, dal sito web dell'ASST di Pavia ([www.asst-pavia.it](http://www.asst-pavia.it)) alla sezione "Avvisi e Concorsi", compilato in ogni sua parte dal candidato, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art 76 del DPR medesimo per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

La domanda di partecipazione deve essere firmata dal candidato (ai sensi dell'art. 39, comma 1 D.P.R. n.445/2000 non è richiesta l'autentica della firma) ed inviata **esclusivamente** al seguente indirizzo mail: [protocollo@pec.asst-pavia.it](mailto:protocollo@pec.asst-pavia.it)

- la domanda deve essere trasmessa in unico file esclusivamente in formato PDF comprensiva di tutti gli allegati;
- la validità è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di casella di Posta Elettronica Certificata personale (**posta PEC personale**) e non è ritenuto valido

l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC di ASST di Pavia;

- la domanda deve pervenire entro e non oltre il termine di scadenza fissata dal presente bando: a tal fine fa fede la data e l'ora di invio certificata dal gestore della PEC;

Si declina ogni responsabilità per dispersione, smarrimento, mancato recapito delle domande da imputare a disguidi o altro dovuto a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

### **Criteri per la formulazione della graduatoria**

#### **1) medicina generale ai sensi dell'art. 19, c. 6-7, dell'ACN 2024:**

La graduatoria ha validità annuale per i medici di medicina generale a ciclo di scelte e i pediatri di libera scelta,

Per i medici ad attività oraria, avrà validità dal 1/4/2025 al 31/03/2026, e verrà utilizzata secondo le necessità di servizio indicate dall'ASST di Pavia;

#### • incarichi provvisori/a tempo determinato/di sostituzione

- a) Medici presenti nella graduatoria regionale di settore della Lombardia valida per l'anno 2025 graduati in base al loro punteggio;
- b) Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Lombardia;
- d) Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in altra Regione solo per incarichi di sostituzione;
- e) Medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- f) Medici iscritti ai corsi di specializzazione;

Come previsto dall'art. 19, comma 7 dell' ACN i medici presenti nelle sezioni **b-c-d-e-f**, vengono graduati nell'ordine:

1. della minore età al conseguimento del diploma di laurea;
2. del voto di laurea;
3. della anzianità di laurea.

Nell'assegnazione degli incarichi ad attività oraria verrà data priorità di interpello ai medici residenti nell'ambito territoriale di ASST Pavia, indi di Regione Lombardia e fuori Regione.

#### **2) Pediatria di libera scelta ai sensi dell'art. 19, c. 7-8, dell'ACN 2024:**

Le graduatorie verranno predisposte seguendo il seguente ordine di priorità

- a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2025, secondo l'ordine di punteggio;

- b)** pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- c)** pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b)

Come previsto dall'art. 19, comma 8 dell'ACN i medici presenti nelle sezioni **b-c** vengono graduati nell'ordine:

1. della minore età al conseguimento del diploma di laurea;
2. del voto di laurea;
3. della anzianità di laurea.

### **Criteria per l'assegnazione dell'incarico:**

Al momento dell'assegnazione dell'incarico, l'avente diritto non deve trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21 ACN medicina generale 2024 e art. 20 ACN pediatria di libera scelta 2024.

- l'incarico a tempo determinato/provisorio di Medicina Generale a ciclo di scelta e di pediatria di libera scelta verrà assegnato per un periodo non superiore a 12 mesi, con priorità per i Medici residenti nell'ambito carente;
- l'incarico a tempo determinato e/o di sostituzione di Medicina Generale ad attività oraria verrà assegnato ai Medici per un periodo non superiore a 12 mesi, per 24 ore settimanali, ridotto a 12 ore settimanali su esplicita richiesta dei medici presenti alle sezioni **c) d) f)**.

Si precisa che per l'incarico a tempo determinato e/o di sostituzione di Medicina Generale ad attività oraria, l'assegnazione della sede lavorativa, verrà effettuata tenendo conto delle necessità del servizio finalizzate a garantire l'attuale continuità del medesimo e, ove possibile, delle preferenze indicate dal medico secondo i criteri concordati in sede di comitato aziendale.

L'accettazione dell'incarico vincola il medico all'integrale osservanza ed applicazione delle disposizioni dettate dall'ACN vigente.

Il conferimento degli incarichi è effettuato nel rispetto delle norme giuridico-economiche previste dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta e dagli accordi integrativi regionali e aziendali vigenti.

IL DIRETTORE GENERALE ASST PAVIA  
(dott. Andrea Frignani)

**MODELLO DOMANDA**

marca bollo 16 euro

Al Direttore Generale  
 ASST della Provincia di Pavia  
 SC Cure Primarie

protocollo@pec.asst-pavia.it

Il sottoscritto ..... nato a .....

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

Residente a .....Prov.....Cap.....

Via .....nr.....Tel.....

Domiciliato a .....Prov.....Cap.....  
 (solo se diverso dalla residenza)

Indirizzo mail.....

Indirizzo PEC(obbligatorio).....

**CHIEDE**

**di essere ammesso a partecipare all'avviso per la predisposizione di una graduatoria aziendale di medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione per la medicina generale ruolo unico di assistenza primaria (a ciclo di scelte e attività oraria) e pediatria di libera scelta dell'ASST di Pavia - anno 2025 nel/nei settore/i: (barrare le voci di interesse)**

- MEDICINA GENERALE A CICLO DI SCELTA**
- MEDICINA GENERALE AD ATTIVITA' ORARIA**
- PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

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..... al n. ....

essere in possesso della di diploma di specializzazione in **Pediatria**, o titolo equipollente, conseguito in data ..... Presso l'Università di ..... voto laurea.....  
 (solo per la Pediatria di libera scelta)

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 Medicina Generale per l'anno 2025;

essere  non essere iscritto nella graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta per l'anno 2025;

essere  non essere in possesso del titolo equipollente;

essere  non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito in data.....;

essere  non essere iscritto a corso di formazione MMG nella Regione Lombardia;

essere  non essere iscritto a corso di formazione MMG in altra Regione;

essere  non essere iscritto a corso di specializzazione:.....

avere la disponibilità di proprio automezzo (solo per la Medicina Generale ad *attività oraria*)

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)  
 . informativa privacy  
 . tabella postazioni

Si allega fotocopia fronte retro documento di identità n.....

rilasciato il.....da.....

## DICHIARAZIONE INFORMATIVA

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 **medicina generale**, 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"

## POSTAZIONI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Nominativo: _____	
<b>PAVIA</b>	ordine preferenza*
BELGIOIOSO	
CASORATE	
CHIGNOLO	
SIZIANO	
<b>VOGHERA</b>	
CASTEGGIO	
S. MARIA DELLA VERSA	
STRADELLA	
VARZI	
<b>VIGEVANO</b>	
GARLASCO	
MEDE	
SANNAZZARO	
ROBBIO	
<b>*indicare l'ordine di preferenza da 1 a 15</b>	



## 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'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di 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 ASST 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.

#### **1. 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'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia con sede in 27100 Pavia, Viale Repubblica 34 - PEC: protocollo@pec.asst-pavia.it.

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

ASST PAVIA, titolare del trattamento dei dati, è contattabile ai seguenti indirizzi: Viale Repubblica 34, 27100 Pavia - PEC: protocollo@pec.asst-pavia.it. È possibile contattare il Responsabile della protezione dei dati inviando una mail al seguente indirizzo mail: rpd@asst-pavia.it e/o inviando una lettera al suindicato indirizzo del Titolare del trattamento.

#### **3. 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 ASST previsti dalla normativa regionale vigente (Legge regionale n. 23/2015 e smi), sono trattati nel contesto del seguente specifico trattamento: **costituzione e gestione del rapporto di lavoro convenzionato in applicazione degli istituti giuridico-economici contrattualmente previsti nonché per l'elaborazione delle retribuzioni, per la gestione della formazione e per le attività connesse all'estinzione del rapporto stesso.** 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;
- 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'Azienda dalla costituzione del rapporto di lavoro alla sua estinzione.

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;
- Normativa fiscale e previdenziale nel tempo vigente.

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

#### **4. I DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO CONSISTONO IN:**



- nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale/Partita IVA, 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;
- dati bancari e finanziari (quali il numero di conto corrente e/o il codice IBAN, etc.);
- dichiarazioni rese dall'interessato o che abbiano ad oggetto l'interessato;
- informazioni relative all'impiego, quali il ruolo ricoperto; **retribuzione e benefit**; qualifiche professionali, titoli di studio; contatti di emergenza, ecc.
- ogni altro dato che consenta all'ASST 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.

## 5. 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.

## 6. 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.

## 7. 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.

## 8. 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.

## 9. 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'ASST 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.);
- Enti di Previdenza e Assistenza (ENPAM, etc.);
- Istituti di Credito;
- Amministrazione Regionale e Provinciale di riferimento;



- Lombardia Informatica;
- Collegio arbitrale ex art 30 ACN per la medicina generale e art. ACN per la pediatria di libera scelta
- Broker compagnie assicurative al tempo contrattualizzate con ASST di Pavia
- Uffici interni ASST a seconda delle loro competenze come declinate dal POAS Aziendale
- Ogni altro soggetto destinatario previsto dalla Legge.

**10. 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 Titolare 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.

**11. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

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

- 11.1. Diritto di accesso (Art. 15 del Reg. UE n. 679/2016),
- 11.2. Diritto di rettifica (Art. 16 del Reg. UE n. 679/2016),
- 11.3. Diritto alla cancellazione (Art. 17 del Reg. UE n. 679/2016),
- 11.4. Diritto di limitazione di trattamento (Art. 18 del Reg. UE n. 679/2016),
- 11.5. Diritto alla portabilità dei dati (Art. 20 del Reg. UE n. 679/2016),
- 11.6. Diritto di opposizione (Art. 21 del Reg. UE n. 679/2016),
- 11.7. 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		

genitore o  tutore di \_\_\_\_\_

*(indicare solo in caso di dati riferiti a minore o soggetto sottoposto a tutela)*

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**