

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI

Avviso pubblico per titoli e prova colloquio, per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato, nella posizione di Dirigente Medico nella disciplina di Malattie Infettive.

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 147 del 10/03/2020, è indetto Avviso Pubblico, **per titoli e prova colloquio, per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato, nella posizione di Dirigente Medico nella disciplina di Malattie Infettive.**

REQUISITI GENERALI

a)- cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea. Possono, altresì, partecipare al presente avviso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., le seguenti categorie di cittadini stranieri:

- i familiari di cittadini dell'Unione Europea non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- i titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- i titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria.

b)- idoneità fisica all'impiego e all'esercizio delle funzioni specifiche.

REQUISITI SPECIFICI

1. Laurea in Medicina e Chirurgia;

1. Specializzazione nella disciplina di **Malattie Infettive** o in una disciplina equipollente o affine, fatto salvo quanto previsto dall'art. 56, comma 1^a del D.P.R. n.483/97;

2. Iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi. L'iscrizione al corrispondente Albo Professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

3. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, commi 547 e 548 della legge 30 dicembre 2018, così come modificato dal **decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modifiche, in legge 25 giugno 2019, n. 60, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 152 dell'1/07/2019;**

- **l'art. 12 comma 2 lettera a) ha modificato il comma 547 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, consentendo la partecipazione ai concorsi oltre che ai medici iscritti all'ultimo anno del corso di specializzazione, anche a quelli iscritti al penultimo anno del corso di specializzazione, qualora questo abbia durata quinquennale.**

Pertanto si precisa che all'avviso in questione potranno partecipare oltre gli specializzati e gli specializzandi iscritti all'ultimo anno delle rispettive discipline, anche gli specializzandi iscritti al penultimo anno del corso di specializzazione, qualora questo abbia durata quinquennale.

Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo, nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso una pubblica Amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

I predetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza prevista per la presentazione delle domande.

MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 4, comma 1, del D.P.R. 9 maggio 1994, n. 487, per essere ammessi a partecipare all'Avviso Pubblico, gli aspiranti devono inoltrare a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, tramite il servizio postale al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera " Ospedale Riuniti " - Viale Pinto - 71100 Foggia, entro e non oltre il 15^a giorno a decorrere dal giorno successivo a quello della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, apposita domanda in carta semplice con i relativi allegati.

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Si precisa che non saranno ritenute ammissibili le istanze pervenute oltre il termine sopra indicato, né quelle prevenute prima del giorno in cui è avvenuta la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

I titolari di indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) possono inviare la domanda di partecipazione tramite PEC, alla casella di posta elettronica certificata: **protocollo.ospriunitifg@pec.rupar.puglia.it** . **Si precisa, al riguardo, che la documentazione inviata all'indirizzo PEC indicato dovrà pervenire unicamente in formato PDF/A come per legge. Formati differenti da quello indicato (PDF/A) non potranno essere protocollati dal sistema e verranno respinti.**

La domanda e la documentazione dovranno pervenire in un unico file.

La validità di invio mediante PEC è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) della quale deve essere titolare. Non sarà pertanto valido l'invio da casella di posta elettronica ordinaria, anche se indirizzata alla PEC aziendale o l'invio da casella di posta elettronica certificata della quale il candidato non è titolare.

Ai sensi dell'art. 3, comma 2, del DPCM n. 38524 del 6.05.2009, per i cittadini che utilizzano il servizio di PEC, l'indirizzo valido ad ogni effetto giuridico, ai fini dei rapporti con le pubbliche amministrazioni, è quello espressamente rilasciato ai sensi dell'art. 2, comma 1, dello stesso DPCM.

Inoltre la validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata rispettivamente dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica ai sensi dell'art. 6 del D.P.R. 11 febbraio 2005, n. 68.

Secondo quanto previsto dalla Circolare n. 12/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica, l'inoltro tramite posta elettronica certificata secondo le suddette modalità, considerato che l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso relative all'utenza personale di Pec, è di per sé sufficiente a rendere valida l'istanza, a considerare identificato l'autore di essa e a ritenere la stessa regolarmente sottoscritta.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile se spedite entro il termine indicato, certificato dal timbro a data dell'Ufficio Postale accettante, nonché dalla data di invio della mail nel caso di utilizzo del supporto informatico.

MODALITA' DI FORMULAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

Per l'ammissione all'Avviso i candidati devono indicare:

- la data, il luogo di nascita e la residenza;
- il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- il Comune nelle cui liste elettorali sono iscritti ovvero i motivi della loro non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- le eventuali condanne penali riportate;
- i titoli di studio posseduti;
- iscrizione all'Albo professionale;
- la loro posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- i servizi prestati come impiegati presso pubbliche Amministrazioni e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego;

I candidati devono, altresì, esprimere nella stessa domanda il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs. 30/06/2003, n.196.

Nella domanda di ammissione all'avviso l'aspirante deve indicare il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essergli fatta ogni necessaria comunicazione ed impegnarsi a comunicare ogni eventuale variazione.

La domanda deve essere sottoscritta dal candidato. Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445 non è richiesta l'autenticazione di tale sottoscrizione.

L'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure dalla mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda né per eventuali disguidi postali o telegrafici o, comunque, imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

I dati acquisiti con la presentazione della domanda e della documentazione allegata alla stessa saranno trattati nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 per le finalità relative all'accertamento dei requisiti di ammissione e per la valutazione di merito, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. n.483/1997.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 40 e seguenti del D.P.R. 445/2000, così come integrati dall'art. 15 della Legge 12 novembre 2011, n. 183, non possono essere allegate alla domanda di partecipazione tutte le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti;

In caso di presentazioni di dette certificazioni, le stesse non verranno prese in considerazione e saranno restituite.

Le attestazioni rientranti nella fattispecie sopra descritta, dovranno essere prodotte dai candidati sotto forma di dichiarazione di responsabilità resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445 e contenere tutti gli elementi utili sia ai fini dell'ammissione alla seguente procedura, sia ai fini della valutazione dei titoli a cui attribuire i relativi punteggi.

È consentito, altresì, allegare, nelle forme previste dalla normativa di cui al D.P.R. del 28/12/2000, n. 445, tutti le dichiarazioni sostitutive relative ad atti, attestati e documenti ritenuti dai candidati utili ai fini della valutazione ed attribuzione dei relativi punteggi.

A fine della valutazione del loro contenuto, le pubblicazioni devono essere allegate in originale o in copia autenticata sotto forma di dichiarazione di responsabilità resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445; le stesse, comunque, devono essere edite a stampa.

Alla domanda deve essere allegato un **curriculum formativo e professionale** redatto in carta semplice e sotto forma di dichiarazione di responsabilità ai sensi del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445, datato e firmato, nonché un elenco, in carta semplice, redatto in triplice copia, anch'esso datato e firmato riportante i titoli e i documenti presentati.

Va altresì allegata alla domanda una copia di un documento di riconoscimento in corso di validità. Per la partecipazione al concorso dovrà essere effettuato un versamento, non rimborsabile, della tassa di concorso di € 20,00, indicando come causale del versamento: Tassa avviso pubblico 2019 – Dirigente medico – Malattie Infettive”.

Il pagamento potrà essere effettuato con una delle seguenti modalità alternative:

- bollettino di c/c postale n. 639716 intestato all'Azienda Ospedaliero Universitaria "OO.RR." di Foggia

La tassa di concorso dovrà essere pagata entro e non oltre i termini di scadenza del presente bando, pena esclusione dalla predetta procedura. L'attestazione di versamento deve essere allegata alla domanda di partecipazione.

Commissione esaminatrice

La Commissione esaminatrice risulta essere così composta:

Presidente: Prof.ssa Teresa Santantonio- Direttore della s.c. di Malattie Infettive– OO.RR. Foggia

Componente: Dott.ssa Carretta Anna- Dirigente Medico della s.c. di Malattie Infettive– OO.RR. Foggia

Componente: Dott.ssa Ciarallo Marianna - Dirigente Medico della s.c. di Malattie Infettive– OO.RR. Foggia

Segretaria: Sig.ra Angelica Pandolfi – Funzionaria Amministrativa – OO.RR. Foggia

Assegnazione dei punteggi e graduatoria finale

I punteggi sono così suddivisi:

- **punti 20 per i titoli;**

I titoli saranno valutati con i criteri di cui al D.P.R.10/12/1997, n.483, così come di seguito indicato:

- punti 10 per i titoli di carriera;
- punti 3 per i titoli accademici e di studio;
- punti 3 per le pubblicazioni e titoli scientifici;
- punti 4 per il curriculum formativo e professionale.

- **punti 20 per la prova colloquio.**

La prova colloquio verterà su argomenti inerenti la disciplina.

Ai fini dell'assegnazione del punteggio previsto dall'art. 27, comma 7, del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483, **è necessario che nella dichiarazione di responsabilità attestante il possesso del titolo di specializzazione sia riportato che il conseguimento della specializzazione sia avvenuto ai sensi del D.Lgs. 8/8/1991, n. 257, con l'indicazione della durata legale del corso di studio.**

Nella certificazione relativa ai servizi deve essere attestato se ricorrono o meno le condizioni dell'ultimo comma dell'art. 46 del D. P. R. n.761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto, in caso positivo l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

L'ammissione dei candidati sarà disposta con determinazione del Direttore dell'Area per le Politiche del Personale, nella quale saranno indicati, per i candidati non ammessi, i motivi della esclusione.

Per i candidati non ammessi varrà come notifica a tutti gli effetti, la pubblicazione della esclusione, con l'indicazione dei motivi, sul sito web www.sanita.puglia.it \ sito istituzionale **OOORR – FOGGIA/ riquadro Amministrazione Trasparente / sezione Bandi di concorso.**

I candidati ammessi, a tutti gli effetti, sono convocati, senza ulteriore avviso, per il **22 Aprile 2020, ore 9,00, presso la Biblioteca della struttura di Anatomia Patologica** dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Ospedali Riuniti" Viale Pinto Foggia..

La prova orale deve svolgersi in aula aperta al pubblico.

Per essere inclusi nella graduatoria finale di merito, ciascun candidato dovrà riportare nella prova colloquio un punteggio di sufficienza, espresso in termini numerici, in una valutazione di almeno 14/20.

La graduatoria di merito, così come formulata dalla Commissione esaminatrice secondo l'ordine dei punteggi riportati e derivanti dalla somma di quello relativo ai titoli e quello relativo alle prove d'esame, sarà recepita con provvedimento del Dirigente dell'Area per le Politiche del Personale.

Per quanto non specificatamente espresso nel bando, valgono le disposizioni di legge che disciplinano la materia concorsuale, con particolare riferimento al D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni, dai DD. Lgs. vi nn. 165/2001 e 368/2001, dal D.P.R. n.483/97, dal D.P.R. n.445/2000, nonché dai vigenti CC.CC.NN.LL. della Dirigenza Medica.

L'Amministrazione si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di modificare, prorogare, sospendere o annullare il presente bando, senza l'obbligo di comunicare i motivi e senza che i concorrenti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

L'assunzione a tempo determinato sarà comunque subordinata all'assenza di impedimenti legislativi e regolamentari nazionali e/o regionali.

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi all'Area per le Politiche del Personale - U.O. Concorsi ed Assunzioni dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" - Viale Pinto - 71100 Foggia. Responsabile del procedimento Sig.ra Angelica Pandolfi - tel. 0881/733705 e 0881/732400 - fax 0881/732390.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Vitangelo DATTOLI

ALL. 1

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria
"Ospedali Riuniti"
Viale Luigi Pinto
71122 FOGGIA

__I__ sottoscritt_____ chiede di essere ammess__ a partecipare all'avviso pubblico, per titoli e prova colloquio, per il conferimento di eventuali incarichi a tempo determinato, nella posizione di Dirigente Medico nella disciplina di Malattie Infettive.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi delle dichiarazioni mendaci:

- di essere nat__ a _____ il _____;
- di essere residente in _____ Via _____;
- di essere cittadin__ italian__(se diversa, specificare di quale Stato membro dell'Unione Europea: _____, o di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

familiare di cittadini dell'Unione Europea non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;

titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria.

- di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi);
- di non aver riportato condanne penali (in caso affermativo, indicare le condanne riportate);
- di essere in possesso della laurea in _____, conseguita presso _____ in data _____;
- di essere in possesso della specializzazione in _____, conseguita presso _____ in data _____, ai sensi del D.Lgs. ____ del _____, la cui durata legale del corso è di anni _____;

ovvero

- di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia e di essere iscritto all'ultimo anno della Scuola di Specializzazione in Valutazione e gestione del rischio chimico presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto all'Albo _____;
- di trovarsi nella seguente posizione riguardo gli obblighi di militari di leva _____;
- di aver prestato servizio come _____ presso l'Azienda _____ dal _____ al _____ (indicando le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego);
- di non essere stato destituito dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di essere idoneo alle funzioni relative alla posizione funzionale da rivestire o che non sussistono prescrizioni limitative alle stesse;
- di eleggere il proprio domicilio agli effetti di ogni comunicazione relativa al concorso al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive:

Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Tel. _____;

Allega alla presente domanda copia del seguente documento in corso di validità: _____ rilasciato da _____ in data __/__/__.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati, nel rispetto della normativa vigente, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, _____

La firma in calce non deve essere autenticata

AII. 2

**MODELLO SEMPLICE DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)**

- Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente in _____ (prov. _____)
via/piazza _____ n. _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

All. 3

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente a _____ Via _____

_____ codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.;

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il Dichiarante

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante.



Regione Puglia
OSPEDALI RIUNITI
Azienda Ospedaliero - Universitaria
FOGGIA

INFORMAZIONI PER I PARTECIPANTI

SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'AMBITO DEI BANDI DI CONCORSO

Informazioni rese agli interessati secondo le disposizioni del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) ed in osservanza del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati (UE) 2016/679



Gentile Utente,

Il Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018), in osservanza del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679), riconosce e disciplina il diritto alla protezione dei dati personali, nel rispetto dei Suoi diritti e libertà fondamentali e della Sua dignità personale. Nella presente informativa sono riportate le informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali in occasione della partecipazione ai bandi di concorso indetti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia (d'ora in poi Azienda).



Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia con sede in Viale Luigi Pinto, 1 - 71122 - Foggia, in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti riferimenti:

Telefono: 0881/732441

email: direzionegenerale.segreteria@ospedaliriunitifoggia.it



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero - Universitaria
F O G G I A



Il Responsabile della protezione dei dati è il Dirigente della SSD Affari Generali e Tutela della Privacy la Dott.ssa Laura Silvestris, contattabile ai seguenti riferimenti:
Telefono: 0881/732127 e-mail: lsilvestris@ospedaliriunitifoggia.it



FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I Suoi dati personali (anagrafici, domicili digitali, indirizzi di posta elettronica e recapiti tradizionali, luoghi di residenza; titoli di studio, esperienze lavorative etc.), sensibili (particolari categorie di dati) e relativi a condanne penali o reati (giudiziari) comunicati dal soggetto Interessato sono trattati dall'Azienda per la selezione del Concorso Pubblico al quale partecipa, sulla base del seguente presupposto di liceità:

- il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'Interessato (Art. 9.2.g Regolamento 679/2016/UE).

I dati personali saranno trattati con strumenti manuali, informatici e telematici nell'ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi.



CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati indicati nella domanda e nei documenti richiesti è obbligatorio. Il mancato conferimento potrebbe comportare l'impossibilità per l'Azienda di prendere in considerazione la Sua candidatura e la partecipazione alla procedura concorsuale.



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero – Universitaria
F O G G I A



AMBITO DI COMUNICAZIONE

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato a mezzo di soggetti espressamente e specificamente designati in qualità di responsabili o persone autorizzate al trattamento; tali soggetti tratteranno i dati conformemente alle istruzioni ricevute dall'Azienda (Titolare del trattamento), secondo profili operativi agli stessi attribuiti in relazione alle funzioni svolte. Per l'espletamento delle finalità sopra specificate, infatti, i dati potranno essere comunicati in forma cartacea o informatica a soggetti anche esterni, incaricati dall'Ente, quali fornitori, collaboratori, professionisti e membri della Commissione esaminatrice del concorso. In qualsiasi momento potrà richiedere al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati l'elenco aggiornato dei Responsabili esterni del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679. I dati non saranno soggetti a diffusione, salvo che la pubblicazione dei dati obbligatori per legge da inserire nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale dell'Azienda e nell'Albo pretorio on-line. Il trattamento dei dati non prevede un processo di profilazione degli interessati. I dati personali potranno essere oggetto di trasferimento in paesi non appartenenti all'Unione Europea, unicamente relativamente a quelli in cui il livello di protezione è ritenuto adeguato dalla Commissione Europea ai sensi dell'art. 45 del Regolamento UE 2016/679.



TEMPO DI CONSERVAZIONE

I dati raccolti attraverso la domanda di partecipazione e riferiti alla Sua "candidatura/selezione", saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti, per adempiere ad obblighi contrattuali o precontrattuali, di legge e/o di regolamento (fatti salvi i termini prescrizionali e di legge, nel rispetto dei diritti e in ottemperanza degli obblighi conseguenti). In particolare, i criteri utilizzati per determinare il periodo di conservazione sono stabiliti da specifiche norme che regolamentano l'attività istituzionale dell'Azienda (Piano di conservazione): si precisa, infine, che i Suoi dati personali potranno essere conservati anche fino al tempo permesso dalla legge italiana a tutela degli interessi legittimi dell'Azienda (art. 2947, co. 1 e 3 c.c.).



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero - Universitaria
F O G G I A



I SUOI DIRITTI

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti, secondo le modalità e le condizioni ivi indicate, previsti dagli articoli 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, tra cui quelli di chiedere all'Azienda di:

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intellegibile;
 - conoscere l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e delle modalità di trattamento, nonché gli estremi identificativi dei responsabili del trattamento dei dati personali;
 - conoscere l'indicazione degli estremi identificativi dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili del trattamento o persone designate e autorizzate al trattamento;
 - ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che La riguardano;
 - ottenere la cancellazione e la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
 - opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.
- Lei ha altresì il diritto di:
- presentare reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali, in caso di illecito trattamento dei Suoi dati personali da parte dell'Azienda, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web dell'Autorità Garante www.garanteprivacy.it.

I diritti di cui sopra sono esercitabili rivolgendosi direttamente al Titolare del trattamento dei dati o al Responsabile della protezione dei dati, ai contatti sopra riportati.

La versione sempre aggiornata di questa informativa è sempre rinvenibile sul sito web istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia>, nell'apposita sezione "Privacy".