**ALLEGATO F**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(art. 13 Dlgs 196 del 30/06/2003 – D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 ed art. 13 GDPR - Regolamento UE 2016/679)**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………, nato/a a ………………………. , prov. …….. il……………….., e residente in …………………..……, prov……………, Via …………………………N………, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi per gli effetti del D.P.R. n.. 445 del 28/12/2000, in qualità di partecipante all’avviso di mobilità volontaria infraregionale ed in subordine interregionale per la copertura a tempo indeterminato ed a tempo pieno di n. \_\_\_\_ posti di *Dirigente Medico di Radiodiagnostica con esperienza e competenze in Radiologia Interventistica*, indetto con deliberazione n. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo con sede legale in Viale Strasburgo, 233 Palermo;

**AUTORIZZA**

L’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo al trattamento dei propri dati personali, ai sensi dell’articolo 13, comma 1, del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 in conformità al Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.), così come previsto dall’art. 9 del bando di selezione, ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, per l’espletamento della procedura selettiva, ivi compresa la pubblicazione sul sito aziendale dei verbali e della graduatoria esonerando la stessa da qualsiasi responsabilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma ( leggibile)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Si allega alla presente dichiarazione fotocopia valido documento d’identità)