**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 e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in qualità di partecipante alla selezione , per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico a tempo determinato ex art. 15 octies D.Lgs. 502/92 di Dirigente Medico con specializzazione in Gastroenterologia o Medicina Interna, per il raggiungimento degli obiettivi nell’ambito del progetto PSN 2015 LP.6 “Gestione della Cronicità” Az.5.16 “Mantenimento e potenziamento del PDTA delle MICI attraverso l’implementazione della rete regionale delle MICI”, Referente scientifico Dott. Ambrogio Orlando, della durata di anni 2, con rapporto di lavoro non esclusivo, part-time 63,62 %, per un importo complessivo lordo di Euro 90.000,00 omnicomprensivo di ogni onere a carico dell’Azienda e del Professionista, indetta con delibera n. 58 del 16/01/2020 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, compresi i dati sensibili, 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. 12 del bando di concorso, ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, per l’espletamento della procedura selettiva, ivi compresa la pubblicazione sul sito aziendale dei verbali e degli esiti della valutazione della Commissione esaminatrice esonerando la stessa da qualsiasi responsabilità.

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

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

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