**ALLEGATO F**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(D.Lgs. n. 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………, in qualità di partecipante alla selezione pubblica, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico annuale libero professionale di Medico Competente, disciplinato dagli artt. 2222 e seguenti del codice civile e dall’art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., indetta 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 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 in conformità al Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), così come previsto dall’art. 14 dell’avviso 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 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)