**ALLEGATO F**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(D.Lgs. 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 al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. \_\_\_\_ posti di Dirigente Medico della disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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. 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)