

Al Direttore Generale _____ Firenze

Al Rettore dell'Università degli Studi di Firenze

DICHIARAZIONE DI OPZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ Dirigente
Medico presso il Dipartimento Assistenziale Integrato di _____

_____, ai sensi dell'art. 5, comma 9, del Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina per i rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università" e dell'art. 2-septies, comma 1, (testo coordinato) della Legge 26 maggio 2004, n. 138 "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica", che modifica il comma 4 dell'art. 15-quater del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,

OPTA

†

- per il rapporto di lavoro esclusivo (LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA)
- per il rapporto di lavoro non esclusivo (LIBERA PROFESSIONE EXTRAMURARIA)

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

- l'opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo comporta il collocamento in regime universitario a tempo definito, ai sensi dell'art. 5, comma 12, del Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517;
- gli incarichi di direzione di struttura semplice o complessa, nonché gli incarichi di programma di cui all'art. 5, comma 4 del Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 comportano l'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo, ai sensi della Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40.

Firenze, li _____

_____ *

(firma)

**Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. (art. 38 DPR 445/00).*



INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

Gli Uffici provvederanno al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolari del trattamento:

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Responsabile del trattamento: Dott. Alessandro Comparini - Tel. 055/7948357

Università degli Studi di Firenze

Responsabile del trattamento: Dott.ssa Susanna Massidda – Tel. 055/2757612 – Fax 055/2756347

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

Firenze, li _____

Per presa visione, il/la dichiarante
