

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

all'incarico di DIRETTORE TECNICO DI RADIOLOGIA dell'IPA – Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale.

(Approvato con Determinazione della Gestione Commissariale n. 252 del 9/10/2023)

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ, DI INCOMPATIBILITÀ E DI CONFLITTO DI INTERESSI,
SECONDO LE PREVISIONI DELLA NORMATIVA VIGENTE

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 DICEMBRE 2000, N. 445
(Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____ e residente in _____
Prov. _____, Via _____ CAP _____
Con domicilio in _____ Prov. _____
Via _____ tel. _____
Email _____ PEC _____

Manifesta il proprio interesse al conferimento dell'incarico in regime libero-professionale di Direttore Tecnico di Radiologia dell'IPA – Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale presso i due Centri medici dell'IPA, il Centro di Medicina Preventiva e il Centro Odontostomatologico dell'Istituto.

A tal fine dichiara di essere consapevole che l'IPA potrà effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e che - all'esito degli stessi e fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 - qualora emergesse la non veridicità di quanto dichiarato, decadrà, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, dall'incarico eventualmente conferito,

DICHIARA

a) di essere cittadino italiano o di altro paese dell'Unione europea (*specificare quale*)

- _____
- (*oppure di essere cittadino di paese non appartenente all'Unione europea purché in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità*)
- _____

b) di essere fisicamente idoneo all'impiego;

Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse

- c) di essere iscritto alle liste elettorali del comune di _____
 o (oppure di non essere iscritto per il seguente motivo)

- d) di godere dei diritti civili e politici;
- e) di non aver riportato condanne penali che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione di un rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni e non avere procedimenti penali in corso;
- f) di non essere stato destituito dai pubblici uffici;
 (Per i cittadini di Paesi dell'Unione europea e cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea il requisito è riferito al paese di appartenenza).
- g) di non essere decaduto da un impiego statale per averlo conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- h) di non trovarsi in situazioni di inconferibilità, incompatibilità e/o potenziale conflitto di interessi rispetto alla normativa vigente in materia;
- i) di essere in possesso della Partita IVA n. _____
- j) di essere in possesso di idonea Polizza Assicurativa Professionale con il seguente n. _____ e con massimale minimo pari a _____, conforme alla normativa vigente inerente alla categoria professionale di appartenenza per responsabilità professionale nei confronti di terzi;
- k) di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia;
- l) di essere in possesso della specializzazione in radiologia con indirizzo radiodiagnostica conseguita presso _____ in data _____;
- m) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione;
- n) di essere iscritto all'albo professionale (specificare quale) _____ dal ___/___/___ con numero _____ Provincia di _____;
- o) di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi oggetto di Avviso che il professionista si candida ad erogare (elencare esperienze lavorative – anche attuali)
- _____ presso _____ dal ___/___/___
al ___/___/___
 - _____ presso _____ dal ___/___/___
al ___/___/___

Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse

- _____ presso _____ dal ___/___/___
al ___/___/___

ed eventualmente aver cessato i precedenti rapporti di pubblico impiego per le seguenti ragioni:

- _____
- p) di aver maturato esperienza professionale nel ruolo di Direttore Tecnico di Radiologia presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___
- q) di aver maturato esperienza professionale in gestione del gabinetto radiologico e controlli di qualità;
- r) di aver maturato esperienza professionale nella radiologia tradizionale senza mezzo di contrasto ed in particolar modo per mammografia, rx torace, rx tratti scheletrici e densitometria ossea;
- s) di avere una età non superiore ai 65 anni alla data di pubblicazione del presente avviso;
- t) di comprovare l'esperienza professionale maturata attraverso specifica dichiarazione contenuta nel proprio *curriculum vitae*.
- u) di aver letto l'Avviso per manifestazione di interesse di cui la presente dichiarazione è l'Allegato 1 e di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni nello stesso previsti;
- v) non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilita;
- w) di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la propria integrità o affidabilità;
- x) di rispettare le previsioni di cui al Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, con specifico riferimento all'art. 10 recante le incompatibilità tra le cariche direttive nelle aziende sanitarie locali, le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati e lo svolgimento di attività professionali;
- y) di non avere liti pendenti con Roma Capitale e con l'IPA;
- z) di non essere stato dichiarato fallito;
- aa) dichiara di aver preso visione degli *Allegati 2, 3, e 4* dell'Avviso;

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del predetto D.P.R. n. 445/2000:

di non essere sottoposto a misura cautelare personale disposta dall'Autorità giudiziaria, ovvero di essere sottoposto a misura cautelare personale disposta dall'Autorità giudiziaria ai sensi dei seguenti articolidel

[Barrare la casella che interessa]

Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse

di non essere stato condannato, anche con sentenza non definitiva, **ovvero** di essere stato condannato, anche con sentenza non definitiva, e che la condanna è stata pronunciata ai sensi dei seguenti articoli..... del

(Questa dichiarazione deve essere resa anche se siano stati concessi: amnistia, indulto, sospensione della pena, beneficio della non menzione, depenalizzazione, etc.)

[Barrare la casella che interessa]

di non essere stato oggetto di sentenza di applicazione della pena ai sensi degli articoli 444 e seguenti del c.p.p., **ovvero** di essere stato oggetto di sentenza di applicazione della pena ai sensi degli articoli 444 e seguenti del c.p.p. per i seguenti reati.....;

[Barrare la casella che interessa]

di non avere un procedimento penale pendente in relazione ai reati previsti dal D.lgs. 8 giugno 2001, n. 231, **ovvero** di avere un procedimento penale pendente, in relazione ai reati previsti dal D.lgs. 8 giugno 2001, n. 231 avviato ai sensi dei seguenti articoli del citato decreto;

[Barrare la casella che interessa]

di non avere procedimenti penali pendenti per i quali sia stato oggetto di informazioni di garanzia, **ovvero** di avere procedimenti penali pendenti per i quali sia stato oggetto di informazioni di garanzia e che il procedimento è stato avviato ai sensi dei seguenti articoli del.....

[Barrare la casella che interessa]

di non avere procedimenti penali pendenti per i quali sia già stato rinviato a giudizio, **ovvero** di avere procedimenti penali pendenti per i quali sia già stato rinviato a giudizio e che il procedimento è stato avviato ai sensi dei seguenti articoli del

[Barrare la casella che interessa]

di non avere procedimenti penali pendenti per i quali sia stata già emessa la richiesta di rinvio a giudizio, **ovvero** di avere procedimenti penali pendenti per i quali sia stata già emessa la richiesta di rinvio a giudizio e che il procedimento è stato avviato ai sensi dei seguenti articoli..... del

[Barrare la casella che interessa]

Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse

di essere consapevole che l'IPA potrà procedere ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e che, fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni il dichiarante, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, decadrà dall'incarico eventualmente conferito;

Ai fini della validità delle dichiarazioni di responsabilità rese, il sottoscritto allega la fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ad IPA eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del “Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 maggio 2018”, autorizza Roma Capitale al trattamento, anche con strumenti informatici, dei propri dati personali per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Si autorizza la pubblicazione della presente dichiarazione sul sito istituzionale dell'Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale - IPA per gli adempimenti previsti dalla legge.

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso visione e di accettare integralmente quanto previsto nei seguenti allegati all'Avviso per manifestazione di interesse (*giusta Determinazione della Gestione Commissariale n. 252 del 9/10/2023*):

- Allegato 2 - Regolamento interno Centro di Medicina Preventiva – CMP;
- Allegato 3 - Regolamento interno Centro Odontostomatologico – COD;
- Allegato 4 - Codice Etico

(luogo, data)

IL DICHIARANTE

(ai sensi dell'art. 39 D.P.R. 445/00, la firma non è soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- documento d'identità in corso di validità;
- dettagliato *curriculum vitae* aggiornato e sottoscritto;
- attestazione iscrizione Albo Professionale;
- copia Polizza Assicurativa Professionale;
- informativa sulla privacy sottoscritta per presa visione ed accettazione.

INFORMATIVA EX ART. 13 GDPR PER CONSULENTI, COLLABORATORI E FORNITORI E CONSENSO AL TRATTAMENTO

Egregio Signore/a,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali ("GDPR") La informiamo di quanto segue.

Finalità del trattamento e base giuridica. L'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale tratterà i dati personali che La riguardano o da Lei conferiti esclusivamente nell'ambito del rapporto di consulenza, collaborazione o fornitura (ai fini dell'adempimento degli obblighi contrattuali e di legge, per la corrispondenza e per la rintracciabilità, per l'organizzazione del servizio, ecc.). La base giuridica è rappresentata dal contratto (art. 6, comma 1, lett. b e art. 9 comma 2 lett. b GDPR), dagli obblighi legali a cui è tenuta l'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale (art. 6 comma 1 lett. c GDPR) IPA potrà utilizzare, previo suo esplicito consenso facoltativo, nome e cognome, ruolo e immagine fotografica, per pubblicarli sul sito istituzionale dell'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale

Dati sensibili. Il trattamento di Suoi eventuali dati "particolari" e relativi alla salute sarà effettuato nei limiti di cui all'art. 9 comma 2 lett. b) e lett. h GDPR e quindi solo ove il trattamento sia necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti in materia di diritto del lavoro, sicurezza sociale e protezione sociale.

Modalità e principi del trattamento. Il trattamento avverrà nel rispetto del GDPR, del D.Lgs. n. 196/03 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), del D.Lgs. n. 101/2018 e s.m.i., nonché dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, adeguatezza e pertinenza, con modalità cartacee ed informatiche, ad opera di persone autorizzate dall'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale e con l'adozione di misure adeguate di protezione, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Non verrà svolto alcun processo decisionale automatizzato.

Necessità del conferimento. Comunicazione e trasferimento all'estero dei dati. Il conferimento dei dati è necessario in quanto strettamente legato all'organizzazione del servizio e alla gestione del rapporto. I dati potranno essere comunicati a tutti i soggetti deputati allo svolgimento di attività a cui l'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale è tenuta in base ad obbligo di legge (commercialista, consulente del lavoro, assicuratore, sistemista, ecc.) e a tutte quelle persone fisiche e/o giuridiche, pubbliche e/o private quando la comunicazione risulti necessaria o funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale e alla gestione del rapporto di lavoro (I.N.P.S., I.N.A.I.L., formatori, Enti Locali, Enti sanitari, fornitori, ecc.). Ove necessario o opportuno, i soggetti cui vengono trasmessi i dati per lo svolgimento di attività per conto dell'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale saranno nominati Responsabili (esterni) del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR. I dati potranno essere trasferiti a destinatari con sede extra UE che hanno sottoscritto accordi diretti ad assicurare un livello di protezione adeguato dei dati personali, o comunque previa verifica che il destinatario garantisca adeguate misure di protezione.

Periodo di conservazione dei dati. I dati saranno utilizzati dall'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale per tutta la durata del rapporto. Dopo tale data, saranno conservati i soli dati la cui conservazione risponde ad obblighi legali o contabili o fiscali o ad esigenze di tutela dell'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale.

Diritti dell'interessato. Nella qualità di interessato, Le sono garantiti tutti i diritti specificati all'art. 15 - 20 GDPR, tra cui il diritto all'accesso, rettifica e cancellazione dei dati, il diritto di limitazione e opposizione al trattamento, il diritto di revocare il consenso al trattamento (senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca), nonché il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali qualora tu ritenga che il trattamento che ti riguarda violi il GDPR o la normativa italiana. I suddetti diritti possono essere esercitati mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo posta elettronica, p.e.c. o fax, o a mezzo Raccomandata presso la sede dell'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale.

Il Data Protection Officer (DPO) nominato dall'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale è Systema Consulting srl, a cui ciascun interessato può scrivere, in relazione al trattamento dei dati svolto dall'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale e/o in relazione ai Suoi diritti, all'indirizzo mail: dpo@scitalia.com. Il DPO può essere altresì contattato telefonicamente tramite l'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale al numero 06.67109808

Titolare del trattamento. Il titolare del trattamento è l'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale P. IVA 02117151007, con sede in Via Francesco Negri n.11 – 00154 Roma – tel. 0667109880 – fax 0667109817 – mail: ipa.commissario@comune.roma.it

Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a, _____, nella qualità di interessato, letta la suddetta informativa resa ai sensi dell'art. 13 GDPR,

do il consenso

nego il consenso

alla diffusione del mio nome e cognome, ruolo e immagine fotografica sul sito istituzionale dell'IPA - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale.

_____, li _____

L'INTERESSATO
(firma leggibile)
