

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**per l'iscrizione negli specifici Albi aperti di Medici Specialisti, Medici Odontoiatri, Collaboratori Professionali Sanitari (Neurofisiopatologia, Radiologia, Audiometria, Laboratorio Biomedico, Igiene Dentale), Infermieri, e Biologi cui conferire incarichi in regime libero-professionale per lo svolgimento di prestazioni sanitarie presso il Centro di Medicina Preventiva, il Punto di Primo Intervento ed il Centro Odontostomatologico gestiti dall'IPA**

*(Approvato con Determinazione C.S. n. 320 del 28/12/2022)*

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/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
con domicilio in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Manifesta il proprio interesse ad essere inserito nell'Albo dei (SELEZIONARE UNA SOLA DELLE SEGUENTI OPZIONI):

- MEDICI SPECIALISTI (specificare branca \_\_\_\_\_ )  
 MEDICI ODONTOIATRI (specificare branca \_\_\_\_\_ )  
 COLLABORATORI PROFESSIONALI TECNICI SANITARI (specificare profilo: \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_  
 INFERMIERI  
 BIOLOGI

cui affidare incarichi in regime libero-professionale per lo svolgimento di prestazioni sanitarie presso il Centro di Medicina Preventiva, il Punto di Primo Intervento e il Centro Odontostomatologico gestiti dall'IPA.

All. 1 – Schema manifestazione di interesse

A tal fine dichiara 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,

**DICHIARA**

- di essere iscritto alle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_
  - o *(oppure di non essere iscritto per il seguente motivo)*\_\_\_\_\_
- di avere Cittadinanza (specificare quale) \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del Titolo di studio (specificare quale) \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Ordine (specificare quale) \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ data di iscrizione \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della capacità di esecuzione e refertazione degli esami strumentali per la singola branca di specializzazione posseduta;
- di aver prestato servizi analoghi a quelli oggetto del presente avviso presso altri Enti, pubblici o privati, ed eventualmente aver cessato i precedenti rapporti di pubblico impiego per le seguenti ragioni:  
\_\_\_\_\_
- PARTITA IVA \_\_\_\_\_
- *oppure il sottoscritto si impegna, con la presente, a comunicare la partita iva in fase di contrattualizzazione;*
- N° POLIZZA ASSICURATIVA PROFESSIONALE \_\_\_\_\_
- *oppure il sottoscritto si impegna, con la presente, a stipulare e presentare in fase di contrattualizzazione polizza assicurativa a copertura dell'attività professionale che rispetti il massimale minimo previsto dalla normativa vigente inerente alla relativa categoria professionale di appartenenza;*
- a) di non avere precedenti penali e/o procedimenti penali in corso  
*(in caso contrario indicare quali)* \_\_\_\_\_
- b) di non aver riportato condanna con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, o sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti, ex art. art. 444 c.p.p., per i reati di cui all'art. 80, comma 1, lett. a), b), c), d), e), f) e g) del d.lgs n. 50/2016;
- c) che non sussistono cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'art. 67 del d.lgs 159/2011 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 84, comma 4 del medesimo decreto;
- d) di 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;

All. 1 – Schema manifestazione di interesse

- e) di non aver commesso gravi infrazioni debitamente accertate in ordine alla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro nonché agli obblighi di cui all'art. 30, comma 3 del D. Lgs 50/2016;
- f) di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la propria integrità o affidabilità;
- g) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- h) di non avere liti pendenti con Roma Capitale e con l'I.P.A.;
- i) di non trovarsi in situazioni di inconferibilità, incompatibilità e/o potenziale conflitto di interessi rispetto alla normativa vigente;
- j) di non trovarsi in situazioni di inconferibilità, incompatibilità e/o potenziale conflitto di interessi rispetto all'art. 25 del Contratto SUMAI;
- k) di impegnarsi, al sopraggiungere delle stesse nel corso dell'incarico, a darne tempestiva comunicazione all'IPA;
- l) di aver prestato servizi analoghi a quelli oggetto del presente avviso presso altri Enti, pubblici o privati, ed eventualmente aver cessato i precedenti rapporti di pubblico impiego per le seguenti ragioni: \_\_\_\_\_;
- m) ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c), del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, secondo quanto disposto dal DPR n. 445/2000, con riferimento agli incarichi conferiti dall'IPA-Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale:
  - Di non ricoprire cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione
  - Di avere in essere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione come di seguito indicate

ENTE	CARICA	DURATA

- Di non ricoprire incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

All. 1 – Schema manifestazione di interesse

- Di avere in essere gli incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione come di seguito indicati:

ENTE	INCARICO	DURATA

- Di non svolgere attività professionali;
- Di avere in essere lo svolgimento di attività professionali come di seguito indicate:

ATTIVITA'	SOGGETTO CONFERENTE	DURATA/PERIODO DI RIFERIMENTO

- Che non sussiste alcun divieto di contrarre con la pubblica Amministrazione.

La/Il sottoscritta/o si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'I.P.A. eventuali variazioni nel contenuto della presente dichiarazione.

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

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 l'I.P.A. al trattamento, anche con strumenti informatici, dei propri dati personali per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso visione e di accettare integralmente quanto previsto nei seguenti allegati all' Avviso per manifestazione di interesse (approvato con Det. Comm. N. 320 del 28/12/2022):

- Allegato 2 - tariffario di riferimento;
- Allegato 3 - regolamento interno CENTRO DI MEDICINA PREVENTIVA;

All. 1 – Schema manifestazione di interesse

- Allegato 4 – regolamento interno CENTRO ODONTOSTOMATOLOGICO;
- Allegato 5 - codice etico e di comportamento dell'IPA.

Il/la sottoscritto/a rende la presente dichiarazione sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni previste dalla legge a carico di chi attesta il falso e, ai fini della validità delle dichiarazioni di responsabilità rese, allega fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità.

(luogo, data)

\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

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

**Allegati:**

- **documento d'identità in corso di validità**
- **curriculum aggiornato e contenente:** le generalità complete e la residenza; il titolo di studio e le precedenti esperienze lavorative; l'elenco delle cariche pubbliche, ovvero degli incarichi ricoperti in società a partecipazione pubblica, nonché in enti, associazioni, società private iscritte nei pubblici registri.
- **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 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](mailto: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](mailto:ipa.commissario@comune.roma.it)

**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'I.P.A. - Istituto di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti di Roma Capitale.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

L'INTERESSATO  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_