

## MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

all'iscrizione in specifici Elenchi aperti di Medici Specialisti, Medici Odontoiatri, Collaboratori Professionali Sanitari (vari profili), Infermieri e Biologi ai fini del conferimento di incarichi in regime libero-professionale per lo svolgimento di prestazioni sanitarie presso i Centri medici dell'IPA

*(Approvato con Determinazione della Gestione Commissariale n. 60 del 06/03/2024)*

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 ad essere inserito nell'Elenco dei (SELEZIONARE UNA SOLA DELLE SEGUENTI OPZIONI):

[ ] MEDICI SPECIALISTI (specificare branca \_\_\_\_\_ )  
[ ] MEDICI ODONTOIATRI (specificare branca \_\_\_\_\_ )  
[ ] COLLABORATORI PROFESSIONALI 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.

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,

Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse

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**

- a) di essere iscritto alle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_  
o (oppure di non essere iscritto per il seguente motivo)  
\_\_\_\_\_
- b) di avere Cittadinanza (specificare quale) \_\_\_\_\_
- c) di essere in possesso del Titolo di studio (specificare quale) \_\_\_\_\_
- d) di essere iscritto all'Albo professionale (specificare quale) \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_
- e) di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita  
presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- f) di essere in possesso della capacità di esecuzione e refertazione degli esami strumentali per la singola  
branca di specializzazione posseduta;
- g) di essere fisicamente idoneo all'impiego;
- h) 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

- \_\_\_\_\_
- i) Partita IVA \_\_\_\_\_
- j) N° Polizza Assicurativa Professionale \_\_\_\_\_  
massimale \_\_\_\_\_
- k) 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

Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse

- l) 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;
- m) di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la propria integrità o affidabilità;
- n) 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;
- o) 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;
- p) di non avere liti pendenti con Roma Capitale e con l'I.P.A.;
- q) di non trovarsi in situazioni di inconferibilità, incompatibilità e/o potenziale conflitto di interessi rispetto alla normativa vigente in materia;
- r) di non essere stato dichiarato fallito;
- s) dichiara di aver preso visione degli *Allegati 2, 3, 4 e 5* 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 articoli .....del .....

[Barrare la casella che interessa]

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]

Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse

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]

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.**

#### Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse

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. 60 del 06/03/2024*):

- Allegato 2 - Tariffario delle Professioni Sanitarie;
- Allegato 3 - Regolamento interno Centro di Medicina Preventiva – CMP;
- Allegato 4 - Regolamento interno Centro Odontostomatologico - COD
- Allegato 5 - 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
- 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 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, Lei 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. 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

**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

**Allegato 1 – Schema manifestazione di interesse**

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)

\_\_\_\_\_