**Allegato A - Modello per la presentazione delle domande**

Il/la sottoscritto/a:

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in:

domiciliato in:

recapito telefonico (fisso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico (cellulare):

email:

codice fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*oppure*

permesso di soggiorno valido per lo svolgimento di un’attività lavorativa (inserire riferimenti)

**RICHIEDE**

**l’erogazione del Bonus per i medici in formazione specialistica per l’attività svolta in emergenza da COVID-19**. Specificare il contributo richiesto:

* Bonus di 1000 Euro, per operatori Fascia A
* Bonus di 600 Euro, per operatori Fascia B

**DICHIARA**:

ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze penali, civili e amministrative cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, con riferimento alla richiesta di **Bonus per i medici in formazione specialistica per l’attività svolta in emergenza da COVID-19**

* di essere cittadino/a italiano/a

*oppure*

* di essere cittadino di uno Stato membro dell’Unione Europea…………………………. (indicare)

*oppure*

* di essere cittadino di uno Stato extra UE……………………………..……………. (indicare) e di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno CE in corso di validità (ai sensi del D.lgs 286/98 e ss.mm.ii.);
* di essere residente in: ……………………………….……………………………………….  
  (uno dei comuni della Regione Lazio);

*oppure*

* di essere domiciliato in………………………………………..………………….………….  
  (uno dei comuni della Regione Lazio)
* di essere medico in formazione specialistica presso la scuola di specializzazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di aver prestato la propria attività, almeno per 20 giorni dal 10 marzo 2020 al 30 aprile 2020, nella struttura sanitaria………………………………………………………………….
* di essere un **operatore di Fascia A** e di aver lavorato presso (*selezionare*):
* Unità operative dedicate COVID
* Terapia intensiva e rianimazione COVID
* DEA I e II livello
* Servizio Igiene pubblica e attività territoriale COVID
* Trasporti sanitari/trasporto pazienti ARES 118.
* Laboratori Rete COVID
* Radiodiagnostica Rete COVID

*oppure*

* di essere **un operatore di Fascia B** e di aver lavorato presso (*selezionare*):
* Camere operatorie e aree sub-intensive pazienti COVID
* Pronto soccorso non DEA
* Dialisi Rete COVID
* Camere mortuarie in ospedali con Aree COVID
* Farmacie in ospedali COVID
* Centrali operative Ares 118
* di essere titolare di un conto corrente bancario o postale: IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INFORMATIVA PRIVACY**

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, recante disposizioni a tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati, si desidera comunicarLe che i dati personali da Lei conferiti saranno oggetto di trattamento in conformità alla normativa sopra richiamata.

A tal riguardo, si forniscono le seguenti informazioni.

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Titolare del trattamento è la Giunta della Regione Lazio, con sede in Via R. Raimondi Garibaldi 7, 00145 Roma (Email: dpo@regione.lazio.it PEC: protocollo@regione.lazio.legalmail.it, centralino 06.51681).

**RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il Responsabile del Trattamento dei Dati è il Direttore pro tempore della Direzione Regionale Istruzione, Formazione, Ricerca e Lavoro, con sede in Via R. Raimondi Garibaldi 7, 00145 Roma (Email: elongo@regione.lazio.it; PEC: formazione@regione.lazio.legalmail.it; Telefono 06/51684949).

Sono altresì responsabili del Trattamento dei Dati, ai sensi dell’art. 28, comma 4 del Regolamento (UE) 2016/679, le società/gli enti che, per conto dell’Amministrazione o della società/ente, forniscono servizi di supporto alla gestione elettronica/informatica dei procedimenti amministrativi e a specifiche operazioni o fasi del trattamento.

**RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Il Responsabile della Protezione dei Dati è l’Ing. Gianluca Ferrara: Regione Lazio, Via R. Raimondi Garibaldi 7, 00145 Roma, Palazzina B, piano VI, stanza VI (Email: dpo@regione.lazio.it; PEC: dpo@regione.lazio.legalmail.it; Telefono: 06.51684857).

**MODALITA’, FINALITA’ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

I dati personali sono raccolti e trattati con l’ausilio di strumenti elettronici e/o con supporti cartacei ad opera di soggetti appositamente incaricati ai sensi dell’art. 29 del Regolamento (UE) 2016/679. Il trattamento risponde all’esclusiva finalità di espletare tutti gli adempimenti connessi alla realizzazione dell’intervento di cui all’Avviso pubblico “Bonus per i medici in formazione specialistica per l’attività svolta in emergenza da COVID-19 - POR FSE Lazio 2014-2020.

Il trattamento dei dati ha pertanto come fondamento giuridico le disposizioni nazionali e regionali di attuazione del Regolamento (UE) n. 1303/2013 con tutti i conseguenti atti, compresa la Decisione C(2014)9799 del 12 dicembre 2014 e s.m.i. di approvazione del Programma Operativo Regionale del Lazio - Fondo sociale europeo 2014-2020 (di seguito, POR Lazio FSE 2014-2020) nell’ambito dell’Obiettivo “Investimenti a favore della crescita e dell’occupazione”. Su tale base si richiede il consenso dell’interessato in calce alla presente informativa.

**CONSEGUENZE DELLA MANCATA COMUNICAZIONE DEI DATI**

L’eventuale rifiuto di prestare il consenso o comunque la mancata comunicazione dei dati da parte dell’interessato, considerate le finalità del trattamento come sopra descritte, avrà come conseguenza l’impossibilità per lo stesso di accedere ai contributi di cui all’Avviso pubblico “Bonus per i medici in formazione specialistica per l’attività svolta in emergenza da COVID-19 ”.

**CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell’art. 9 del Regolamento (UE) n. 2016/679, si informa che Lei è tenuto a conferire dati qualificabili come “categorie particolari di dati personali” e cioè quei dati che rivelano “l’origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l’appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona”, ed in particolare il certificato relativo alla sua iscrizione al collocamento speciale istituito ai sensi della Legge 68/99 e smi, recante l’indicazione della percentuale di disabilità riconosciuta. Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in calce alla presente informativa.

**DESTINATARI DEI DATI**

I dati saranno resi disponibili nei confronti dei Responsabili del Trattamento come sopra indicati e potranno essere comunicati ad altri destinatari, interni o esterni all’Amministrazione, per la finalità sopra descritta, nonché per le finalità di popolamento delle banche dati regionali o adempimento degli obblighi di legge.

**PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

I dati oggetto di trattamento saranno conservati per il periodo necessario alla definizione della presente procedura e all’espletamento di tutte le attività connesse alla realizzazione dell’intervento di cui all’Avviso pubblico “Bonus per i medici in formazione specialistica per l’attività svolta in emergenza da COVID-19”, e comunque sino alla completa definizione di tutte le operazioni connesse all’attuazione e alla chiusura del Programma Operativo Lazio 2014-2020 FSE.

**DIRITTI DELL’INTERESSATO**

L’interessato potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare:

* Il diritto di ottenere dal Titolare del Trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano;
* il diritto di chiedere al Titolare del Trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità degli stessi;
* il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca
* il diritto di proporre reclamo al garante della Privacy.

Letta l’informativa che precede,

□ esprimo il consenso □ NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate;

□ esprimo il consenso □ NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei mie dati personali come sopra descritti e per le finalità sopra indicate;

□ esprimo il consenso □ NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad altri destinatari, interno o esterni all’Amministrazione, per le finalità sopra indicate.

Data e firma

Si allega copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità

**STAMPARE LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE COMPILATA, FIRMARE, TRASFORMARE IN PDF E TRASMETTERE VIA PEC**

**ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA’**