

SELBSTERKLÄRUNG ÜBER DIE PERSÖNLICHEN DATEN
DICHIARAZIONE INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI

An die
 Autonome Provinz Bozen
 Abteilung Gesundheit
 Amt für Gesundheitssprengel
 Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1
 39100 Bozen

Alla
 Provincia Autonoma di Bolzano
 Ripartizione Salute
 Ufficio Distretti sanitari
 Via Canonico Michael Gamper 1
 39100 Bolzano

Zertifizierte e- Mail (PEC):
 gesundheitssprengel.distrettisanitari@pec.prov.bz.it

Posta elettronica certificata (Pec):
 gesundheitssprengel.distrettisanitari@pec.prov.bz.it

Der/Die Unterfertigte _____

Il/La sottoscritto/a _____

geb. in _____ am _____

nato/a a _____ il _____

wohnhaft in _____

residente in _____

Straße _____

Via _____

Nr. _____

n. _____

Steuernummer _____

Codice fiscale _____

Eingeschrieben bei der Ärzte- und
 Zahnärztekammer der Provinz _____ unter
 Nr. _____

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli
 Odontoiatri della Provincia di _____ al n.

e r k l ä r t

d i c h i a r a

gemäß Art. 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445/2000 unter seiner/ihrer persönlichen Verantwortung und in Kenntnis der strafrechtlichen Folgen im Falle unwahrer oder unvollständiger Angaben (Artikel 76 des D.P.R. 445/2000), sowie der Folgen gemäß Artikel 2/bis des Landesgesetzes 17/1993 dass die angeführten Angaben der Wahrheit entsprechen:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false e mendaci (articolo 76 del D.P.R. 445/2000) nonché delle conseguenze di cui all'articolo 2/bis della legge provinciale 17/1993 che i dati qui riportati sono corretti:

- 1) Inhaber/in eines Dienstverhältnisses
 auf Vollzeit,
 auf Teilzeit
 auf bestimmte Zeit, auch als provisorisch
 Beauftragter/e oder als Ersatz bei öffentlichen
 oder privaten Einrichtungen **(2)**

- 1) **essere – non essere (1)** titolare di rapporto di
 lavoro dipendente
 🍏 a tempo pieno,
 🍏 a tempo parziale,
 🍏 a tempo determinato, anche come incaricato o
 supplente, presso soggetti pubblici o privati **(2)**:

zu sein – nicht zu sein (1):

Einrichtung/ Arbeitgeber

Soggetto

Wochenstunden _____

Ore settimanali _____

Straße _____

Via _____

Gemeinde _____

Comune di _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Zeitraum ab: _____

Periodo dal: _____

- 2) Inhaber/in eines Auftrages als Arzt/Ärztin für die
 medizinische Grundversorgung gemäß

- 2) **essere – non essere (1)** titolare di incarico
 come medico di assistenza sanitaria primaria ai

entsprechendem gesamtstaatlichen Kollektivvertrag und Landeszusatzvertrag mit einer Höchstgrenze von Nr. _____ an Arztwahlen mit Bezug auf die monatliche Zusammenfassung des Monats _____ des Sanitätsbetriebes _____ **zu sein - nicht zu sein (1).**

3) Inhaber/in eines Auftrages als Kinderarzt/ Kinderärztin freier Wahl gemäß entsprechendem gesamtstaatlichen Kollektivvertrag mit einer Höchstgrenze von Nr. _____ Arztwahlen mit Bezug auf die monatliche Zusammenfassung des Monats _____ des Sanitätsbetriebes _____ **zu sein - nicht zu sein (1):**
Zeitraum: ab _____

4) Inhaber/in eines Auftrages **auf unbestimmte Zeit / auf bestimmte Zeit (1)** als interner Ambulatoriumsfacharzt/ interne Ambulatoriumsfachärztin (2) **zu sein - nicht zu sein (1):**
Betrieb _____
Fachgebiet _____
Wochenstunden _____
Betrieb _____
Fachgebiet _____
Wochenstunden _____

5) In die Verzeichnisse der externen vertragsgebundenen Fachärzte (2) **eingetragen - nicht eingetragen zu sein (1):**
Provinz _____
Fachgebiet _____
Zeitraum: ab _____

6) Ein getrenntes Vertragsverhältnis im Sinne von Artikel 8, Absatz 5, des Legislativdekretes Nr. 502/92 (2) **eingegangen - nicht eingegangen zu sein (1):**
Betrieb _____
Straße _____
Gemeinde _____
Art der Tätigkeit _____
Zeitraum: ab _____

7) Inhaber/in eines Auftrages für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, für die Betreuungskontinuität oder für die Notfallmedizin auf dem Territorium auf unbestimmte Zeit oder befristet in der Provinz _____ oder in einer anderen Region (2) **zu sein - nicht zu sein (1):**
Region _____
Betrieb _____
Wochenstunden _____
in aktiver Form - in Form der Erreichbarkeit (1).

sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale e Accordo Integrativo Provinciale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte a carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso L'Azienda Sanitaria di _____

3) **essere - non essere (1)** titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale e Accordo Integrativo Provinciale con massimale di n. _____ scelte
Periodo: dal _____

4) **essere - non essere (1)** titolare di incarico a **tempo indeterminato / a tempo determinato (1)** come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2):
Azienda _____
Branca _____
Ore settimanali _____
Azienda _____
Branca _____
Ore settimanali _____

5) **essere - non essere (1)** iscritto/a negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):
Provincia _____
Branca _____
Periodo dal _____

6) **avere - non avere (1)** un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, Decreto Legislativo n. 502/92 (2):
Azienda _____
Via _____
Comune _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) **essere - non essere (1)** titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato nella Provincia _____ o in altra Regione (2):
Regione _____
Azienda _____
Ore settimanali _____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1).

- 8) In den
• Kurs für die Ausbildung in Allgemeinmedizin
• in einen anderen Spezialisierungskurs gemäß Landesgesetz vom 15.11.2002, Nr. 14 oder
• in einen der Spezialisierungskurse gemäß Legislativdekret Nr. 256/91, 257/91, Nr. 368/99 und Nr. 277/03 **eingeschrieben zu sein – nicht zu sein (1):**

Bezeichnung des Kurses _____

Öffentliche Körperschaft, die ihn organisiert _____

Beginn: ab _____

Dauer: _____

- 9) Unter jedwedem Titel in und/oder im Auftrag von vertragsgebundenen privaten Einrichtungen, Anstalten oder Institutionen, welche vertragliche Abkommen mit Betrieben gemäß Art. 8/quinquies des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 502/92 in geltender Fassung haben, **tätig zu sein – nicht tätig zu sein (1) (2):**

Einrichtung _____

Wochenstunden _____

Straße _____

Gemeinde _____

Art der Tätigkeit _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Zeitraum: ab _____

- 10) Unter jedwedem Titel in nicht vertragsgebundenen oder nicht akkreditierten und der Ermächtigung im Sinne des Art. 43 des Gesetzes 833/78 unterworfenen privaten Einrichtungen, Anstalten und Institutionen, **tätig zu sein – nicht tätig zu sein (1) (2):**

Einrichtung _____

Wochenstunden _____

Straße _____

Gemeinde _____

Art der Tätigkeit _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Zeitraum: ab _____

- 11) Die Funktion eines Fabriksarztes (2) oder eines zuständigen Arztes im Sinne des Gesetzes 626/93 **auszuüben – nicht auszuüben (1):**

Betrieb _____

Wochenstunden _____

Straße _____

Gemeinde _____

Zeitraum: ab _____

- 12) Für das N.I.S.F. oder den Sanitätsbetrieb, bei dem er/sie eingeschrieben ist, im Gebiet, in welchem er Arztwahlen erhalten kann, kontrollärztliche Tätigkeiten **durchzuführen – nicht durchführen (1) (2):**

Betrieb _____

- 8) **essere – non essere (1)** iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui alla legge provinciale 15.11.2002, n. 14, ed ai corsi di specializzazione di cui ai Decreti Legislativi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico organizzatore _____

Inizio: dal _____

Durata: _____

- 9) **operare – non operare (1)** a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8/quinquies del D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche(2):

Struttura _____

Ore settimanali _____

Via _____

Comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

- 10) **operare – non operare (1)** a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 Legge 833/78: (2):

Struttura _____

Ore settimanali _____

Via _____

Comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

- 11) **svolgere – non svolgere (1)** funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____

Ore settimanali _____

Via _____

Comune _____

Periodo: dal _____

- 12) **svolgere – non svolgere (1)** per conto dell'I.N.P.S. o dell'Azienda Sanitaria funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____

Gemeinde _____
Zeitraum: ab _____

Comune _____
Periodo: dal _____

- 13) Jedwede direkte oder indirekte Art einer Mitinteressenschaft, die irgendein Interessensverhältnis in Bezug auf Privatkrankenhäuser und/oder pharmazeutische Konzerne **bedingen kann - nicht bedingen kann (1)** (2):

Zeitraum: ab _____

- 13) **avere - non avere (1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta a qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche (2):

Periodo: dal _____

- 14) Inhaber/in oder Teilhaber/in von Unternehmen **zu sein - nicht zu sein (1)**, wobei diese Inhaberschaft/Teilhaberschaft mit dem Vertragsverhältnis zum Gesundheitsdienst Interessenskonflikte bedingen kann:

- 14) **essere - non essere (1)** titolare o partecipante di quote di imprese e che la titolarità/ con titolarità possa porsi in conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario:

- 15) Die ordentliche Behandlung oder die Behandlung aufgrund dauerhafter Invalidität von Seiten des zuständigen Fürsorgefonds gemäß Dekret des Ministeriums für Arbeit und Sozialfürsorge vom 14.10.1976 **zu beziehen - nicht zu beziehen (1)**:

Zeitraum: ab _____

- 15) **fruire - non fruire (1)** del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

- 16) Außer den oben angeführten noch andere Tätigkeiten bei öffentlichen oder privaten Subjekten **abzuwickeln - nicht abzuwickeln (1)** (es sind alle Tätigkeiten anzugeben, die in den vorhergehenden Punkten nicht enthalten sind, im negativen Fall ist „keine“ hinzuschreiben):

Zeitraum: ab _____

Zeitraum: ab _____

- 16) **svolgere - non svolgere (1)** altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti, in caso negativo scrivere "nessuna"):

Periodo: dal _____

- 17) Inhaber/in eines Auftrages in der Medizin der Dienste oder in den programmierten Tätigkeiten auf dem Territorium auf bestimmte oder unbestimmte Zeit **zu sein - nicht zu sein (1)** (2):

Sanitätsbetrieb _____
Gemeinde _____
Art der Tätigkeit _____
Wochenstunden _____
Zeitraum: ab _____

- 17) **essere - non essere (1)** titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato: (2):

Azienda Sanitaria _____
Comune _____
Tipo di attività _____
Ore settimanali _____
Periodo: dal _____

- 18) Auf der Grundlage irgendeines Titels zugunsten irgendeines öffentlichen Subjektes (nicht zu berücksichtigen ist all jenes, das hinsichtlich der Dienstverhältnisse unter den Nummern 1, 2, 3 oder unter den Nummern 4, 5, 6 und 7 über Vertragsverhältnisse zu -od erklärt worden ist) **tätig zu sein - nicht zu sein (1)**:

- 18) **operare - non operare (1)** a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6 e 7):

öffentliche Körperschaft

Ente pubblico

Straße _____
Gemeinde _____
Art der Tätigkeit _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Zeitraum: ab _____

Via _____
Comune di _____
Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) Begünstigter einer Pensionsbehandlung zu Lasten von **zu sein – nicht zu sein (1)** (2):

19) **essere - non essere (1)** titolare di trattamento di pensione a carico di (2):

Zeitraum: ab _____

Periodo: dal _____

20) Begünstigter einer Pensionsbehandlung durch einen anderen Pensionsfonds, der nicht jenem laut Punkt 15 entspricht, **zu sein – nicht zu sein (1)**, (2):

20) **fruire – non fruire (1)** di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15 (2):

Institut, welches die Pension gewährt

In Pension seit _____

Soggetto erogante il trattamento pensionistico

Pensionato dal _____

Anmerkungen:

Note:

(1) Den nicht zutreffenden Teil durchstreichen

(1) Cancellare la parte che non interessa

(2) Die verlangten Informationen angeben, falls die Zeilen nicht ausreichen, die Zeilen am Ende des Blattes unter dem Teil: **"Anmerkungen"** verwenden.

(2) Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce **"Note"**.

Ort und Datum _____

Luogo e data _____

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Firma del medico

Informationserklärung im Sinne des Datenschutzgesetzes (gesetzesvertretendes Dekret Nr. 196 vom 30.06.2003, in geltender Fassung).

Die von Seiten der/des Betroffenen übermittelten Daten werden von der Landesverwaltung, auch in elektronischer Form, zum Zwecke der Zuweisung von Stellen an Ärzte/innen für Allgemeinmedizin verarbeitet. Dies geschieht im Sinne des geltenden staatlichen Kollektivvertrages und des Landeszusatzvertrages in diesem Bereich sowie unter Achtung der Bestimmungen

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (Decreto legislativo del 30.06.2003, n. 196 e successive modifiche).

I dati forniti dall'interessato/a verranno trattati dall'Amministrazione provinciale, anche in forma elettronica, nella misura necessaria per l'assegnazione di incarichi a medici di medicina generale come previsto dal contratto collettivo nazionale e dal contratto collettivo integrativo provinciale di settore, nel rispetto delle disposizioni di cui al d. lgs. 196/2003 e s.m.i. Il titolare del trattamento dei dati è la Provincia

des gesetzvertretenden Dekrets Nr. 196/2003, i.g.F. Rechtsinhaber der Datenverarbeitung ist die Autonome Provinz Bozen-Südtirol. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Direktorin/der Direktor der Landesabteilung Gesundheit *pro tempore*. Die Erteilung der Zustimmung zur Verwendung der persönlichen Daten ist nötig, um die angeforderten Verwaltungsaufgaben abwickeln zu können. Die/der Betroffene erhält auf Anfrage gemäß Artikel 7.10 des gesetzvertretenden Dekrets Nr. 196/2003 Zugang zu seinen Daten, Auszüge davon sowie Auskunft darüber und kann deren Aktualisierung, Löschung, Anonymisierung oder Sperrung verlangen. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen.

Autonoma di Bolzano- Alto Adige. Il responsabile per il trattamento dei dati è la Direttrice/il Direttore della Ripartizione provinciale Salute *pro tempore*. Il consenso al trattamento dei dati personali è necessario ai fini dello svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In base agli articoli 7-10 del d.lgs. 196/2003 l'interessato ottiene con richiesta l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone gli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

Für die Zustimmung zur Verarbeitung der persönlichen Daten

Per il consenso al trattamento dei dati personali

Datum: _____

Data: _____

Unterschrift: _____

Firma: _____

Die vorliegende Erklärung wurde im Sinne des Art. 38 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000: Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

A) in meiner Anwesenheit von Herrn/Frau _____ unterzeichnet
sottoscritta in mia presenza dal/la Sig./Sig.ra

identifiziert durch _____
identificata/a mediante

Der/die Beamte/Beamtin / L'impiegato/a

B) versehen mit der Kopie des folgenden gültigen Ausweises vorgelegt oder versandt:
consegnata o inviata per posta unitamente a copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento:

Ident. Karte Reisepass Führerschein andere _____
Carta d'identità passaporto patenti di guida altri

ausgestellt von _____
rilasciato da

am _____
in data

Der/die Beamte/Beamtin / L'impiegato/a

