

Da compilarsi a cura del RICHIEDENTE

Al Direttore Generale Asl3
Via Bertani, 4 -16125 Genova

Il/la sottoscritt _____ nat ___ a _____

(Prov. _____) il ___/___/___ e residente a _____

in Via _____ cap. _____

domiciliato a _____ in Via _____ cap. _____

(tel. n. _____ cell. n. _____ e-mail _____)

iscritt_ / presso:

Istituto _____

Università _____

Scuola di Specializzazione _____

Chiede di poter svolgere

Tirocinio

Frequenza volontaria

Stage formativo

Ricerche finalizzate per elaborazione tesi o documentazione studio

presso _____

dal _____ al _____

Allega alla presente domanda (*) _____

Dichiara

1) di non aver riportato condanne penali né di aver procedimenti penali in corso;

2) di non avere a mio carico provvedimenti di destituzione o dispensa presso la Pubblica Amministrazione;

3) di non avere rapporti di lavoro con questa Amministrazione o con altri Enti pubblici e o privati anche con occupazione a tempo parziale / ovvero avere rapporti di lavoro con _____

Genova, _____ (firma)

(*) copia certificato iscrizione/Diploma Scuola o Università e certificato abilitazione professionale o autocertificazione con **timbro** della Scuola o Università

Da compilarsi e firmarsi da parte del REFERENTE PER I TIROCINI e dal DIRETTORE DELLA STRUTTURA presso cui si svolgerà il tirocinio/frequenza, per il tramite del Tutor assegnato

SERVIZIO (*): _____

Indirizzo: _____ tel. _____

Ai sensi del Regolamento approvato con deliberazione n. 621 del 21/12/2022

SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

allo svolgimento di attività di (contrassegnare la situazione che interessa)

Tirocinio

Frequenza volontaria

Stage formativo

Ricerche finalizzate per elaborazione tesi o documentazione studio

da parte del Sig./Sig.ra _____

Referente Tecnico (Tutor) _____

L'attività può avere inizio il _____

Periodo _____

dal _____

al _____

Genova, _____

Il Referente Tecnico (Tutor)

(Timbro e Firma)

Il Referente per i Tirocini (**)

(Timbro e Firma)

Il Direttore della Struttura(*)

(Timbro e Firma)

Responsabile SSD Psicologia Clinica (***)

(Timbro e Firma)

(*) Indicare il Dipartimento/Struttura/Nucleo Operativo che consenta la chiara identificazione del luogo dove avviene in tirocinio o la frequenza volontaria.

(**) per le Strutture dove è presente un Referente.

(***) solo per tirocini di Psicologia o Psicoterapia.

Da compilarsi e firmarsi da parte del REFERENTE PER I TIROCINI e dal DIRETTORE DELLA STRUTTURA presso cui si svolgerà il tirocinio/frequenza, per il tramite del Tutor assegnato

Al Direttore Generale Asl3

Via Bertani, 4 – 16125 Genova

Il/La sottoscritt _____

In relazione alla domanda di _____

Dichiara di impegnarsi a mantenere la necessaria riservatezza per quanto attiene ai dati, ai fatti e alle informazioni di cui venga a conoscenza in ragione dell'attività di tirocinio e di non rivelare a terzi i suddetti dati, fatti e informazioni, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio stesso.

Dichiara inoltre che si atterrà alle disposizioni impartite dalla Asl3 in materia di privacy, ed in particolare di attenersi alle istruzioni che verranno fornite contestualmente alla nomina del/della sottoscritt _ quale "autorizzato al trattamento dati", nonché alle disposizioni ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679 e norme attuative.

Distinti saluti.

Genova, _____

(firma)

Informativa ex artt. 13 e 14 Regolamento Europeo n. 679/2016 e relative norme di armonizzazione

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del del Regolamento Europeo 2016/679 Regolamento Generale per la protezione dei dati personali (in seguito Regolamento Europeo) e norme di armonizzazione si informa che i dati raccolti con la presente domanda saranno utilizzati e trattati dalla Asl3 per le sole finalità connesse alla instaurazione e gestione del rapporto di tirocinio. La base giuridica in relazione alla quale vengono trattati i dati è da individuare nelle norme di legge o di regolamento che disciplinano la materia dei tirocini e tra esse si evidenziano la L. 24.06.1997, n. 196 e successivi decreti attuativi.

I dati oggetto di trattamento rientrano nella definizione di “dato personale”, di cui all’art. 4 par. 1 n.1 del Regolamento Europeo (quali nome, cognome, indirizzo e dati di contatto in generale), ed il relativo trattamento è eseguito con strumenti manuali ed informatici, osservando misure di sicurezza idonee in grado di garantire che esclusivamente il personale autorizzato possa conoscere le informazioni inerenti, secondo il principio di minimizzazione del dato, al fine di ridurre al minimo i rischi di perdita, distruzione o accesso non autorizzato ai suoi dati a norma del Regolamento Europeo con particolare riferimento alla cernita, al trasferimento, alla conservazione e al ripristino, quali fissate dal Regolamento e dalle norme europee, dalle norme italiane con particolare riferimento al Codice di Amministrazione Digitale (CAD ossia al D. Lgs. n. 82/2005 e ss.mm.ii), e specificamente alle cosiddette misure standard, laddove applicabili. I dati possono essere condivisi e comunicati, quando ciò risulti necessario, ad altri soggetti quali enti o organismi pubblici soltanto nei casi espressamente previsti da norme di legge e di regolamento.

I dati saranno conservati ai sensi dell’art. 5, par. 1, lett. e) del Regolamento Europeo per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati e saranno comunque conservati tenendo conto di specifici termini di conservazione stabiliti per legge, o conformemente ai criteri di conservazione stabiliti nel prontuario di scarto della documentazione sanitaria e amministrativa di cui alla deliberazione di questa azienda n. 405 del 29/06/2016 e sue successive modifiche (pubblicata sul sito internet aziendale www.asl3.liguria.it/siti tematici/Politiche della Privacy) o ancora sulla base del principio della necessità del trattamento in relazione alle finalità istituzionali perseguite dalla Asl3.;

In qualsiasi momento la S.V. potrà esercitare i diritti stabiliti dal Regolamento Europeo agli artt. da 15 a 22, che riconoscono, tra gli altri, il diritto al soggetto interessato di poter accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica ovvero l’integrazione, la cancellazione (“diritto all’oblio”), salvo i casi previsti all’art. 17 comma 3 del Regolamento UE 679/2016.

Inoltre ha diritto di proporre reclamo all’autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali secondo le modalità previste sul sito internet dello stesso www.garanteprivacy.it), nei casi previsti dalle disposizioni in materia di protezione dei dati di cui al Regolamento Europeo e successive disposizioni di armonizzazione.

Il Titolare del trattamento per ASL 3 è l’Azienda Socio Sanitaria Ligure 3 con sede in Via Bertani 4 – 16125 Genova (indirizzo PEC: protocollo@pec.asl3.liguria.it)

Il Responsabile Della protezione dei Dati (R.P.D.) di ASL 3 è contattabile ai seguenti indirizzi di posta: Via Bertani 4 – 16125 Genova ed alla PEC aziendale protocollo@pec.asl3.liguria.it.