SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI

SCHEDA ACQUISIZIONE DATI ANAGRAFICI

Azienda Sanitaria **AZIENDA USL TOSCANA CENTRO**

Codice e descrizione sede _____

COMPILAZIONE RISERVATA ALL'AZIENDA

Codice regionale [ ][ ][ ][ ][ ][ ] ☐ SPECIALISTA ☐ VETERINARIO ☐ PROFESSIONISTA

Cognome e nome _____

Comune di nascita _____ Prov. _____

Sesso _____ Data di nascita [ ][ ] GG [ ][ ] MM [ ][ ][ ][ ] AAAA

Codice fiscale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] ALLEGARE FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA

RESIDENZA

Indirizzo _____ tel. _____

Comune _____ C.A.P. [ ][ ][ ][ ][ ] Prov. _____

E.mail _____ P.E.C. _____

DOMICILIO

Indirizzo _____

Comune _____ C.A.P. [ ][ ][ ][ ][ ] Prov. _____

ADEMPIMENTI FISCALI FIGLI < 21 ANNI A CARICO - RISOLUZIONE AE 55/E

Codice fiscale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Nome e cognome _____

Nato/a a il _____ luogo di nascita _____

Codice fiscale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Nome e cognome _____

Nato/a a il _____ luogo di nascita _____

Codice fiscale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Nome e cognome _____

Nato/a a il _____ luogo di nascita _____

Codice fiscale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Nome e cognome _____

Nato/a a il _____ luogo di nascita _____

Codice Ente previdenziale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ente previdenziale _____

Branca specialistica _____

Data laurea _____ c/o Univ. degli Studi di _____ Voto _____/_____

Abilitazione conseguita il _____ c/o Univ. degli Studi di _____

Iscrizione Ordine dei _____ di _____ con N. _____ del _____

Specializzazione in _____ data specializzazione _____

Voto specializzazione _____/_____ Università/Istituto di specializzazione _____

TIPO INCARICO

☐ SOSTITUZIONE / ☐ PROVVISORIO / ☐ STRAORDINARIO / ☐ TEMPO DETERMINATO / ☐ INDETERMINATO Ore Inc. _____/sett.li

Decorrenza incarico: dal _____ Centro/i di costo _____

Struttura organizzativa e Dipartimento _____

COMPILAZIONE RISERVATA ALL'AZIENDA

Tipo incarico* _____ Data inizio _____ Ore settimanali _____ Durata _____ *mesi*

Stato incarico** _____ Data inizio _____ Durata _____ *mesi*

Legenda

Tipo incarico*
- 1 = Titolari a tempo indeterminato art. 21 ACN 2020
- C = Titolari a tempo determinato art. 22 ACN 2020
- E = Incarico provvisorio ai sensi dell'art. 23 ACN 2020
- B = Sostituzione temporanea titolari d'incarico (art. 36)

Stato incarico*
- 01 = In servizio
- 20 = Cessato
- 12 = Aspettativa non retribuita
- 10 = Aspettativa per malattia ridotta al 50%
- 13 = Malattia non retribuita (180 + 90 gg)

REGIME FISCALE ☐ Scaglionato/Ritenuta d'acconto

☐ Agevolato **Allegare Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (art. 47, DPR 445/2000 e s.m.i.)**

ACCREDITO COMPETENZE

Banca/Istituto _____

Agenzia/Filiale _____ località _____

Codice IBAN ☐☐ ☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

RIMBORSO KM

Il sottoscitto dichiara di ☐ AVERE / ☐ NON AVERE diritto al rimborso km per le seguenti tratte:

_____

_____

DICHIARAZIONE E SOTTOSCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a firmatario/a dichiara di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs.196/2003, che i dati personali raccolti con la presente scheda anagrafica saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di cui all'incarico sopra indicato e che la comunicazione di tali dati ad altri soggetti pubblici o privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge, di regolamento e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali ai sensi di quanto previsto dalla Legge n. 196/2003 e dalle ulteriori disposizioni integrative.

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro o scansionando il QR code a margine.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente scheda anagrafica:

1. fotocopia documento d'identità
2. fotocopia tessera sanitaria
3. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà *(solo in caso di regime fiscale agevolato)*

Data _____ Firma dello specialista o professionista _____