

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 _____

Comune _____

Prov. _____

C.A.P.

E.mail _____ P.E.C. _____

Tel. _____

DOMICILIO

Indirizzo _____

Comune _____

Prov. _____

C.A.P.

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 sottoscritto 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.

DICHIARA di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:

<http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>



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 _____