

MANIFESTAZIONE DISPONIBILITA' PER LA NOMINA DEI COMMISSARI DI LAUREA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Lavora presso _____

In qualità di _____

☐	Dipendente pubblico
☐	Dipendente ente privato
☐	Libero Professionista

e-mail _____ PEC _____

tel/cell _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco di professionisti sanitari disponibili a ricoprire l'incarico di Commissario di Laurea. A tal fine, presa visione del Regolamento Commissari di Laurea adottato dall'Ordine TSRM e PSTRP della Provincia di Trento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci*,

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI SPECIFICI

☐ di essere in possesso della seguente laurea triennale, titolo equipollente o equivalente:

☐ di essere regolarmente iscritto all'Albo _____
con numero di iscrizione _____ e di essere in regola con il pagamento della tassa d'iscrizione annua dell'anno in corso e delle annualità pregresse

☐ di aver svolto almeno cinque anni di servizio nel profilo professionale di interesse presso la Pubblica Amministrazione e/o presso strutture private e/o private accreditate e/o come libero professionista _____

☐ di aver assolto il debito ECM secondo le disposizioni di legge

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI ULTERIORI REQUISITI NON SPECIFICI

☐ aver partecipato al Corso per Commissari delle Commissioni di Laurea (Specificare: organizzatore e data): _____

☐ avere esperienza pregressa quale commissario di laurea / componente di commissioni di concorso

☐ essere in possesso di ulteriori titoli di studio (SPECIFICARE: laurea magistrale/ specialistica, master, corso di perfezionamento...):

DICHIARA INOLTRE DI**

- ☐ non aver svolto l'incarico di commissario di laurea per almeno due volte consecutive in un biennio, dopo essere stato designato e senza adeguata motivazione / comunicazione alla segreteria dell'Ordine
- ☐ non essere stato cancellato/ sospeso dall'Albo per motivi disciplinari
- ☐ non aver avuto o avere in corso procedimenti disciplinari con l'Ordine e/o con il datore di lavoro
- ☐ non essere in situazione di conflitto di interesse

DICHIARA INFINE

di aver ricevuto le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 G.D.P.R. e di

☐ PRESTARE il consenso

☐ NEGARE il consenso

✓ alla comunicazione dei propri dati personali ad altri Ordini professionali che ne facciano richiesta per lo svolgimento dell'incarico di Commissario

✓ alla comunicazione dei propri dati personali e recapiti agli Atenei presso i quali sarà eventualmente incaricato

Luogo e data _____

Firma estesa e leggibile _____

Il presente modulo, insieme a copia di un documento di identità, va inviato a trento@tsrm.org specificando all'oggetto: Manifestazione disponibilità alla designazione a commissario di laurea

L'elenco dei professionisti disponibili è a disposizione delle Commissioni di Albo e in copia alla Segreteria alla quale viene affidato il compito di aggiornarlo in caso di necessità.

* L'Ordine si riserva di effettuare verifiche sulle dichiarazioni

** comportano l'esclusione dall'elenco per almeno 2 anni

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(AI SENSI DEGLI ARTT. 13 REG. UE 2016/679 G.D.P.R.)**

L'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione delle Province della Provincia di Trento, titolare del trattamento dei dati personali, desidera fornirLe, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito G.D.P.R.), un'informativa chiara e semplice su come saranno trattati i Suoi dati personali.

Titolare del Trattamento: titolare del trattamento è l'Ordine dei TSRM e PSTRP della Provincia di Trento C.F./P.IVA 8017730229 con sede in Via Ezio Maccani n. 211 - 38121 Trento (TN).
e-mail: trento@tsrm.org - PEC trento@pec.tsrm.org

Tipologia di dati trattati: Il titolare tratterà i Suoi seguenti dati personali:

- ✓ anagrafici (nome, cognome, luogo e data di nascita, C.F., P.IVA)
- ✓ di contatto (domicilio professionale, e-mail, pec)
- ✓ professione sanitaria di appartenenza e numero di iscrizione all'albo
- ✓ curriculari: titoli di studio / formazione, esperienze professionali pregresse
- ✓ dati relativi alla regolarità dell'iscrizione all'Albo e al pagamento delle tasse d'iscrizione
- ✓ dati relativi all'assenza di procedimenti disciplinari / situazioni di conflitto e esclusione come da Regolamento interno per la nomina dei Commissari di laurea