ALLEGATO 1 – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(Fac-simile)

Spett.le
LIFE – Istituto di Ricerca e Cura - Santa Lucia IRCCS
Via Ardeatina 306, 00179 Roma
A mezzo PEC: protocollo@pec.lifericercaecura.it

OGGETTO: Candidatura alla Manifestazione di Interesse per l'affidamento dell'incarico di Responsabile della Protezione dei Dati (DPO / RPD).

Il/La sottoscritto/a _____Nato/a il_____a_____CodiceFiscale_____ _____ Residente in _____ Via/Piazza _____ n. ____Telefono _____ E-mail / PEC _____

(da compilare solo in caso di soggetto collettivo/società/studio professionale) in qualità di Legale Rappresentante_____ _____ Via/Piazza _____ n. ____ Codice Fiscale / P. IVA _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla manifestazione di interesse in oggetto per l'affidamento dell'incarico di Responsabile della Protezione dei Dati (DPO / RPD) per l'Istituto LIFE – Istituto di Ricerca e Cura - Santa Lucia IRCCS.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

Requisiti generali e professionali:

- Di possedere comprovata esperienza e competenza specialistica in materia di protezione dei dati personali e diritto dell'informatica, con specifico riguardo al settore sanitario ed agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).
- Assenza di incompatibilità e conflitti di interesse:_____

- Di non versare in alcuna situazione di incompatibilità, conflitto di interesse o impedimento legale all'assunzione ed allo svolgimento dell'incarico di DPO/RPD, in conformità a quanto previsto dall'art. 38 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).
- Copertura assicurativa: di essere in possesso (ovvero di impegnarsi ad attivare prima del conferimento dell'incarico) di idonea polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale a copertura dei rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività.

Trattamento dei dati personali:

Di autorizzare il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. per le sole finalità connesse alla gestione ed al perfezionamento della presente procedura.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

Curriculum Vitae et Studiorum in formato europeo aggiornato, datato e firmato.

Copia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

(Eventuale) Breve sintesi o portfolio delle principali esperienze maturate nel settore sanitario/IRCCS.