All. A

Fac simile domanda

Al Direttore Generale

ASL n. 1 Sassari

PEC

selezionipubbliche@pec.aslsassari.it

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a ……………………………………………...…………………………………………………… |
| nato/a a……………………………………………il……………………………………………………………... |
| residente in via………………………………………………...……………………………………………………..C.A.P………………………….città……………….…………………………prov…………………..……….……domicilio in via ………………………………………………...……………………………………………………C.A.P ………………………… città ……………….…………………… prov …………………..……….…… |
| numero telefono ………………….…………… numero cellulare …………….………………………………. |
| pec: ...........................................................................................................................................................................indirizzo e-mail: ……………………………………………..…………………………………………………… |
| CODICE FISCALE:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C H I E D E**

**DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO QUINQUENNALE DI DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA “SC CONTRATTI, APPALTI, ACQUISTI E MAGAZZINI ECONOMALI”, AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE, UMANE E STRUMENTALI DELLA ASL N. 1 DI SASSARI.**

E CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER LE IPOTESI DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, NONCHÉ DELLA SANZIONE DELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUITI A SEGUITO DI UN PROVVEDIMENTO ADOTTATO IN BASE AD UNA DICHIARAZIONE RIVELATASI SUCCESSIVAMENTE NON VERITIERA, PREVISTE DAGLI ARTICOLI 75 E 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 “TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA”

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I.

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’

DICHIARA:

|  |  |
| --- | --- |
|  | di essere in possesso della cittadinanza italiana;o cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; |
|  | *Solamente per i cittadini non italiani:*godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;o di provenienza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata)di avere adeguata conoscenza della lingua italiana🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata) |
|  | *Solamente per i cittadini non UE:*di essere titolare di:🞏 diritto di soggiorno🞏 diritto di soggiorno permanente🞏 permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo🞏 status di rifugiato🞏 status di protezione sussidiaria |
|  | Di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ………………………………………………………………..;ovvero, motivi di non iscrizione o cancellazione …………………………………………………………………..; |
|  | di aver riportato condanne penali🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata)se SI, indicare quali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;di aver subito condanne che comportino l’interdizione *perpetua* dai pubblici uffici 🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata)se SI, indicare quali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;di aver subito condanne che comportino l’interdizione *temporanea* dei pubblici uffici🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata)se SI indicare il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | di aver procedimenti penali pendenti 🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata)se SI, indicare quali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall’impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l’assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile; 🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata) |
|  | di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall’impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento;🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata) |
|  | di essere stato destinatario di procedimento disciplinare nel corso degli ultimi due anni 🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata) se SI, indicare quali:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | di avere procedimenti disciplinari in corso 🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata)se SI, indicare la tipologia della sanzione prevista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | di essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata) |
|  | di essere in possesso di una esperienza dirigenziale di 5 anni, o inferiore, maturata con rapporto di lavoro a tempo determinato e a tempo indeterminato, nonché con incarico dirigenziale o equivalente alle funzioni dirigenziali in Ospedali o Strutture Pubbliche dei Paesi dell’Unione Europea come di seguito specificato:.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | Di essere attualmente in servizio con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, in qualità di profilo professionale:……………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………...dal……………………………… (indicare giorno, mese, anno) a tutt’oggi presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Ospedale, struttura pubblica dei Paesi dell’Unione Europea) di (località)…………………………….via……………………………………………………….………………..P.O. /Stabilimento Ospedaliero ..…………………………………………………………………………………..PEC ………………………………………………………………………………………………………………..con interruzione dal servizio *(ad es per aspettative senza assegni):*dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_motivo…………………………………………………..………………..…**(indicare esattamente la qualifica rivestita)** |
|  | **Di aver prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di** profilo professionale:……………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………...dal……………………………… (indicare giorno, mese, anno) a tutt’oggi con rapporto a tempo: determinato indeterminatopresso: (Azienda Sanitaria, Ente, Ospedale, struttura pubblica dei Paesi dell’Unione Europea) di (località)…………………………….via……………………………………………………….………………..P.O. /Stabilimento Ospedaliero ..…………………………………………………………………………………..PEC ………………………………………………………………………………………………………………..con interruzione dal servizio *(ad es per aspettative senza assegni):*dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_motivo…………………………………………………..………………..…**(indicare esattamente la qualifica rivestita)****(indicare esattamente la qualifica rivestita, i periodi di servizio prestato, le eventuali modificazioni intervenute e le cause di risoluzione. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)** |
|  | **Ambiti di autonomia professionale:** indicare gli incarichi dirigenziali conferiti:tipo di incarico gestionaledi direzione di struttura complessa; di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale; di direzione di struttura semplice; professionale (ex art. 70, parte II CCNL 17/12/2020) lett. A ; lett. B ; lett. C ; lett. D secondo la previgente disciplina (art. 27, comma 1, CCNL 08/06/2000 )  di alta specializzazione; lett. C ; lett. D di sostituzione ex art. 73 CCNL 17/12/2020,  altro……………………………………………………………………………………..…dal………………………………al………………………… (indicare giorno/ mese/anno)presso U.O.C. ….……………………………………………………………………………………………………presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Ospedale, struttura pubblica dei Paesi dell’Unione Europea, etc – specificare) …………………………………………………………………………………………………………………….…Comune ………………………………………. Provincia …………………….……………………………………descrizione attività svolta……………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………..………..…………………………………………………………………………………………………………..……….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....**(indicare esattamente tipologia di incarico e descrizione attività svolta. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)** |
|  | Di essere stato positivamente valutato da parte del competente Collegio Tecnico ( per coloro che hanno maturato i 5 anni di esperienza)🞏 SI 🞏 NO(barrare la casella interessata) |
|  | Specifici corsi di formazione manageriale o Master Universitari (indicare primo/secondo livello - in caso di omessa indicazione sarà valutato come corso di formazione manageriale):titolo …………………………………………………………………………………………………………………dal…………………. al…………………………… (indicare giorno/mese/anno)numero ore complessivo ……………………………………………………………………………………………presso………………………………………………………………………………………………………………..contenuti del corso …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………*(in assenza dell’indicazione dell’impegno orario il corso non può essere valutato)*titolo …………………………………………………………………………………………………………………dal…………………. al…………………………… (indicare giorno/mese/anno)numero ore complessivo ……………………………………………………………………………………………presso………………………………………………………………………………………………………………..contenuti del corso …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………*(in assenza dell’indicazione dell’impegno orario il corso non può essere valutato)* |
|  | Partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all’estero, in qualità di docente, relatore**.** Non si valutano idoneità e tirocini. Si invitano i candidati a non produrre la relativa documentazione.1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO

□ EVENTO FORMATIVO □ SEMINARIO□ (ALTRO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….Titolo ………………………………………………………………………………………………………………..Data ……………………………………………...…….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..Specificare se con test o esame finale si □ - no □1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO

□ EVENTO FORMATIVO □ SEMINARIO□ (ALTRO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….Titolo ………………………………………………………………………………………………………………..Data ……………………………………………...…….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..Specificare se con test o esame finale si □ - no □1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO

□ EVENTO FORMATIVO □ SEMINARIO□ (ALTRO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….Titolo ………………………………………………………………………………………………………………..Data ……………………………………………...…….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..Specificare se con test o esame finale si □ - no □1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO

□ EVENTO FORMATIVO □ SEMINARIO□ (ALTRO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….Titolo ………………………………………………………………………………………………………………..Data ……………………………………………...…….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..Specificare se con test o esame finale si □ - no □1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO

□ EVENTO FORMATIVO □ SEMINARIO□ (ALTRO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….Titolo ………………………………………………………………………………………………………………..Data ……………………………………………...…….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..Specificare se con test o esame finale si □ - no □1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO

□ EVENTO FORMATIVO □ SEMINARIO□ (ALTRO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….Titolo ………………………………………………………………………………………………………………..Data ……………………………………………...…….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..Specificare se con test o esame finale si □ - no □1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO

□ EVENTO FORMATIVO □ SEMINARIO□ (ALTRO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….Titolo ………………………………………………………………………………………………………………..Data ……………………………………………...…….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..Specificare se con test o esame finale si □ - no □ |
|  | Altre esperienze professionali **attinenti** all’incarico da ricoprire:Non si valutano idoneità e tirocini né partecipazioni a convegni, congressi e seminari.Si invitano i candidati a non effettuare le relative dichiarazioni.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

□ di essere portatore di handicap e, pertanto chiede di poter usufruire, ai sensi dell’art. 20 della legge 104/1992 e ss.mm.ii., durante le prove:

* 1. dell’ausilio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
	2. dei tempi aggiuntivi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
* di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati dell’ASL n. 1 di Sassari, è finalizzato unicamente all’espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell’incarico;
* di essere informato che ogni comunicazione relativa alla presente selezione verrà fatta all’indirizzo P.E.C. precedentemente indicato;

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale, datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;

- dichiarazione relativa alle esperienze maturate nel settore per il quale si concorre (All. B);

- dichiarazione sostitutiva di certificazioni di \_\_\_\_\_\_ ;

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia di\_\_\_\_\_\_;

- scansione di un documento di identità in corso di validità;

- altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAC SIMILI

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

Il candidato deve utilizzare le seguenti forme di dichiarazione:

1) **dichiarazione sostitutiva di certificazione**, da utilizzarsi nei casi riportati nell’elenco di cui all’art. 46 D.P.R. n. 445/2000 (per es. possesso di titolo di studio, titoli di formazione, di aggiornamento, ecc.). In particolare per quanto concerne la partecipazione a corsi, convegni, congressi, seminari ecc. è opportuno, ai fini della valutazione del merito indicare:

l'ente organizzatore

* il titolo;
* la data;
* la durata in ore;
* se la partecipazione è in qualità di relatore o docente;
* se è previsto un esame finale.

2) **dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà** (art. 47 D.P.R. n. 445/2000) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nel citato art. 46 DPR 445/2000 (ad esempio: attività di servizio...ecc). In particolare, per i servizi prestati si dovrà indicare:

* esatta denominazione dell’Azienda, Ospedale o Struttura Pubblica dei Paesi dell’Unione Europea;
* la tipologia del rapporto: specificare se trattasi di rapporto di lavoro dipendente (a tempo determinato o indeterminato); si precisa che la generica indicazione di rapporto a "Tempo determinato" non è esaustiva al fine dell'individuazione della natura/tipologia del rapporto di lavoro e quindi della corretta valutazione del titolo, pertanto nella dichiarazione deve essere sempre specificato se trattasi di rapporto di dipendenza (o subordinato che potrà essere a tempo determinato o indeterminato
* le date di inizio e di fine dei relativi periodi di attività (da indicare sempre);
* eventuali interruzioni (aspettative, sospensione etc.);
* le cause delle eventuali cessazioni del rapporto di lavoro (dimissioni, scadenza del contratto, licenziamento, etc.);

tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso.

Relativamente all’autocertificazione dei servizi prestati presso pubbliche amministrazioni con rapporto di dipendenza a tempo determinato o indeterminato.

Con riguardo ai titoli da inserire nel curriculum formativo e professionale, con le medesime modalità di autocertificazione e con le stesse indicazioni di cui sopra, verranno valutati i servizi prestati presso:

* Azienda Sanitaria, Ente, Ospedale, struttura pubblica dei Paesi dell’Unione Europea, etc – specificare

3) **dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà relativa alla conformità all’originale di una copia di un atto, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio (artt. 19 e 47 D.P.R. n°445/2000)**.

Tutte le dichiarazioni sostitutive, di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3, devono riportare, pena la mancata valutazione:

a) la dicitura: il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consapevole, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara ...................................................

c) la sottoscrizione del dichiarante.

La dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà, di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, pena la mancata valutazione. In ogni caso le dichiarazioni sostitutive, di cui ai precedenti punti, devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta/esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti.

**In carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettono di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi non si terrà conto delle dichiarazioni rese.**

L’Amministrazione procede ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e qualora dovessero emergere ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, oltre alla decadenza dell’interessato dai benefici eventualmente conseguiti, sono applicabili le sanzioni penali previste dalla normativa vigente.

A norma dell’art. 71 del DPR 445/2000 l’amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli, anche a campione, sulle dichiarazioni prodotte dai candidati.

Chiunque rilasci dichiarazioni non veritiere o false è punito ai sensi delle norme penali e decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

**Fac simile**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a (luogo) (prov.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

di prestare (o aver prestato) servizio:

* Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare Azienda Sanitaria, Ente, Ospedale, struttura pubblica dei Paesi dell’Unione Europea, etc – specificare)

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo (determinato/indeterminato,) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , concluso per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...);

□ ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

□ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

di prestare (o aver prestato) servizio:

Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( specificare Azienda Sanitaria, Ente, Ospedale, struttura pubblica dei Paesi dell’Unione Europea, etc – specificare.) con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo (determinato/indeterminato, concluso per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...);

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l’ASL n. 1 di Sassari a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(Luogo, data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Il Dichiarante** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all’ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all’ASL n. 1 di Sassari, è finalizzato unicamente all’espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell’incarico.

(Luogo, data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Il Dichiarante** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fac simile**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA**

**(Artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a (luogo) (prov.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

di essere a conoscenza del fatto che l’allegata copia:

dell’atto/documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 conservato/rilasciato dalla amministrazione pubblica

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

è conforme all’originale in possesso di

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che la pubblicazione dal titolo

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

edito da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, riprodotto per intero/estratto da pag. \_\_\_\_\_\_\_a pag. \_\_\_\_\_\_\_ e quindi composta di n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fogli, è conforme all’originale in possesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia del titolo di studio

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è conforme all’originale in possesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l’ASL n. 1 di Sassari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(Luogo, data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Il Dichiarante** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all’ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all’ASL n. 1 di Sassari, è finalizzato unicamente all’espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell’incarico.

(Luogo, data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Il Dichiarante** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_