

All. A
Fac simile domanda

Al Direttore Generale
ARES Sardegna
PEC
avvisieincarichi.svilupporisumane@pec.aressardegna.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:													

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO QUINQUENNALE, RINNOVABILE, DI DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA, PER LA DIREZIONE DELLA S.C. RADIOLOGIA OSPEDALIERO-TERRITORIALE DELLA ASL N. 4 OGLIASTRA

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 RESPONSABILITÀ
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

solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva:

di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva SI NO
(barrare la casella interessata)

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 (barrare la casella interessata) se SI, indicare quali:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
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;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
di essere stato destinatario di procedimento disciplinare nel corso degli ultimi due anni (barrare la casella interessata) se SI, indicare quali:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
di avere procedimenti disciplinari in corso se SI, indicare la tipologia della sanzione prevista	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
di essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data..... presso l'Università sita in.....	
<i>(Nel caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale con il quale è stata riconosciuta la validità nello stato italiano)</i>	

di essere iscritto all' **albo dell'ordine dei Medici** della Provincia/Regione di
dal N° di Iscrizione

di essere in possesso della seguente **specializzazione**:

1) Disciplina:
conseguita in data.....presso l'Università di.....
sita in.....

e che la durata della stessa è stata pari ad anni e che l'immatricolazione è avvenuta in data

2) Disciplina:
conseguita in data.....presso l'Università di.....
sita in.....

e che la durata della stessa è stata pari ad anni e che l'immatricolazione è avvenuta in data

(Nel caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale con il quale è stata riconosciuta la validità nello stato italiano)

di essere in possesso **dell'anzianità di servizio** di anni

.....
nella disciplina di come di seguito specificato:

(Per il servizio sanitario prestato all'estero indicare il provvedimento di riconoscimento)

Di essere attualmente in servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di

profilo professionale:.....
disciplina:.....
dal..... (indicare giorno, mese, anno) a tutt'oggi

con rapporto a tempo: determinato indeterminato

tipologia: definito

pieno

impegno ridotto al _____% per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....
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 avere prestatto servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:

profilo professionale:.....
disciplina:.....
dal..... al (indicare giorno, mese, anno)

con rapporto a tempo: determinato indeterminato
tipologia: definito
 pieno
 impegno ridotto al _____% per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....
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, i periodi di servizio prestatto, 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 gestionale
 - di direzione di struttura complessa;
 - di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale;
 - di direzione di struttura semplice;
- professionale (ex art. 18, parte II CCNL 19/12/2019) 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. 22 CCNL 19/12/2019, comma
 - altro.....

dal.....al..... (indicare giorno/ mese/anno)
presso U.O.C.
presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Privata convenzionata, etc – specificare)
.....

Comune Provincia

descrizione attività svolta.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
(indicare esattamente tipologia di incarico e descrizione attività svolta. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)

aver svolto le seguenti attività professionali con rapporto di lavoro non subordinato, in qualità di:

profilo professionale:.....

disciplina:.....

dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto: libero professionale autonomo collaborazione

altro.....

impegno per ore _____ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....

di (località).....via.....

Soggiorni studio/addestramento presso: (soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **3 mesi**, (con esclusione dei tirocini obbligatori).

Presso

di (prov.) Via

n. dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

descrizione attività svolta

.....

.....

.....

.....

Presso

di (prov.) Via

n. dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

descrizione attività svolta

.....

.....

.....

.....

.....

di aver conseguito l'Attestato di formazione manageriale ex art. 5 del D.P.R. 484/97:

titolo
presso.....
anno.....
durata
numero ore complessivo

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)

Aver svolto attività didattica (riferita all'ultimo decennio): si valuta **solamente** l'attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario, non l'insegnamento a corsi di aggiornamento professionale.

Si invitano pertanto i candidati a non dichiarare attività non valutabili.

presso.....
corso per il conseguimento del titolo di
insegnamento.....
A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

presso.....
corso per il conseguimento del titolo di
insegnamento.....
A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

presso.....
corso per il conseguimento del titolo di
insegnamento.....

A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

presso.....
corso per il conseguimento del titolo di
insegnamento.....

A.A./A.S. n. ore..... (specificare se complessive o settimanali)

Partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, in qualità di docente, relatore o responsabile scientifico. Non si valutano idoneità e tirocini. Si invitano i candidati e 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 RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

2. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO SEMINARIO
 (ALTRO) _____

In qualità di RELATORE DOCENTE RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

3. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO SEMINARIO
 (ALTRO) _____

In qualità di RELATORE DOCENTE RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

4. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO SEMINARIO
 (ALTRO) _____

In qualità di RELATORE DOCENTE RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

5. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO SEMINARIO
 (ALTRO) _____

In qualità di RELATORE DOCENTE RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

6. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO SEMINARIO
 (ALTRO) _____

In qualità di RELATORE DOCENTE RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

7. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) CORSO CONGRESSO CONVEGNO
 EVENTO FORMATIVO SEMINARIO
 (ALTRO) _____

In qualità di RELATORE DOCENTE RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ente organizzatore

Titolo

Data (durata) n. giorni ore

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

DA PRODURRE IN ORIGINALE

- **Tipologia delle prestazioni effettuate dal candidato anche con riguardo all'attività/casistica trattata nei precedenti incarichi, misurabile in termini di volume e complessità (le casistiche devono essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione nella G.U. della Repubblica Italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico e devono essere certificate dal Direttore Sanitario Aziendale sulla base della attestazione del dirigente di secondo livello Responsabile del competente Dipartimento o Unità operativa dell'Unità Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera).**

DA PRODURRE CON DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)

- **Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto le sue attività e la tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture medesime.**

Elenco di tutte le pubblicazioni da allegare, specificando le 5 presentate (in allegato) per la valutazione (produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere relative all'ultimo decennio):

1.
2.
3.
4.
5.

Indicare: Tipologia pubblicazione, titolo, autore o co-autore, rivista, editore, anno di pubblicazione, numero volume/fascicolo, pagine.

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:

- a. dell'ausilio di _____ ;
- b. dei tempi aggiuntivi di _____ ;

- di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
- di aver preso visione del profilo oggettivo e soggettivo che caratterizza la struttura complessa oggetto di selezione;
- di essere stato informato che prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio, verranno pubblicati sui siti internet aziendali dell'ARES e della ASL n. 4 dell'Ogliastra;
- 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'Azienda ARES, 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;
- di effettuare / non effettuare la scelta in merito al rapporto esclusivo con il SSR, e di essere stato informato che lo stesso sarà immodificabile per tutta la durata dell'incarico, con specifica sottoscrizione della clausola nel contratto individuale, come previsto dalle Linee guida per l'espletamento delle procedure di conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa

**della dirigenza medica, medico veterinaria e sanitaria delle aziende e degli enti del SSR” -
Deliberazione G.R. RAS n. 13/61 del 06/04/2023.**

Luogo, data _____

Firma _____

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazioni di _____ ;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà _____ ;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia di _____;
- elenco descrittivo, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati, numerato progressivamente;
- autocertificazione attestante la tipologia delle istituzioni dove è stato prestato il servizio.
- documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato.
- l'elenco completo di tutte le pubblicazioni e cinque lavori**, a propria scelta (ultimo decennio), selezionati in relazione al periodo di pubblicazione, all'importanza ed all'attinenza con la struttura da dirigere.
- copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità in corso di validità.

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. stato di famiglia, possesso di titolo di studio, possesso di specializzazione, 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'Ente – se trattasi di enti diversi del SSN deve essere precisato se l'ente è pubblico, privato, accreditato e se convenzionato con il SSN);
- la tipologia del rapporto: specificare se trattasi di rapporto di lavoro dipendente (a tempo determinato o indeterminato) o autonomo (libero professionale, consulente etc); 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), o con rapporto di lavoro autonomo che potrà essere di tipo libero professionale, consulente etc;
- il profilo professionale e la disciplina di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico;
- le date di inizio e di fine dei relativi periodi di attività (da indicare sempre);
- orario di lavoro;
- 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, specificare se trattasi di rapporto di lavoro a tempo pieno ovvero a part-time e, in quest'ultimo caso, specificare il numero delle ore di lavoro svolte nel corso della settimana.

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:

- strutture private con rapporto di dipendenza del quale deve essere indicato sempre l'esatto impegno orario settimanale;
- strutture private e pubbliche con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa/contratto a progetto / rapporto libero professionale.

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.

Nella certificazione relativa ai servizi resi in regime convenzionale presso strutture a diretta gestione delle Aziende del SSN e del Ministero della Sanità deve essere indicato l'orario di attività settimanale.

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 se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.) con sede in _____ dal _____ al _____, con la qualifica di _____ nella disciplina di _____ con rapporto di lavoro (dipendente/libero professionale/co.co.co./etc.,) _____ a tempo (determinato/indeterminato, pieno/parziale) _____ o con impegno settimanale pari a ore _____, 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 se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.) con sede in _____ dal _____ al _____, con la qualifica di _____ nella disciplina di _____ con rapporto di lavoro (dipendente/libero

professionale/co.co.co./etc..) _____ a tempo (determinato/indeterminato, pieno/ parziale) _____ o con impegno settimanale pari a ore _____, 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'ARES Sardegna, 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'Azienda Regionale della Salute Sardegna, 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'ARES Sardegna, a seguito di controllo, verifici 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'ARES Sardegna, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____