

All. A  
Fac simile domanda

Al Direttore Generale  
ASL N. 3 DI NUORO  
PEC  
[protocollo@pec.aslnuoro.it](mailto:protocollo@pec.aslnuoro.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 IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO QUINQUENNALE, RINNOVABILE, DI DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA, PER LA DIREZIONE DELLA S.C. STRUTTURA COMPLESSA DI FARMACIA TERRITORIALE DELLA ASL N. 3 DI NUORO.**

È 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. e/o I.  
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'  
DICHIARA:

di essere in possesso della cittadinanza italiana;	
o cittadinanza _____;	
<i>Solamente per i cittadini non italiani:</i> godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza _____;	
o di provenienza _____;	
di avere adeguata conoscenza della lingua italiana	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
<i>Solamente per i cittadini non UE:</i> di essere titolare di: <input type="checkbox"/> diritto di soggiorno <input type="checkbox"/> diritto di soggiorno permanente <input type="checkbox"/> permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo <input type="checkbox"/> status di rifugiato <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)
di aver riportato condanne penali (barrare la casella interessata) se SI, indicare quali: _____;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
di aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>perpetua</i> dai pubblici uffici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata)

<p>se SI, indicare quali: _____;</p> <p>di aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>temporanea</i> dei pubblici uffici  <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO  (barrare la casella interessata)</p> <p>se SI indicare il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici  _____;</p>
<p>di aver procedimenti penali pendenti  <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO  (barrare la casella interessata)</p> <p>se SI, indicare quali:  _____;</p>
<p>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)</p>
<p>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)</p>
<p>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)</p>
<p>di essere stato destinatario di procedimento disciplinare nel corso degli ultimi due anni  <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO  (barrare la casella interessata) se SI, indicare quali:  _____;</p>
<p>di avere procedimenti disciplinari in corso  <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO  (barrare la casella interessata)</p> <p>se SI, indicare la tipologia della sanzione prevista  _____;</p>
<p>di essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione  <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO  (barrare la casella interessata)</p>
<p>di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego  <input type="checkbox"/> SI   <input type="checkbox"/> NO  _____</p>

di essere in possesso del Diploma di **Laurea** in .....

.....  
conseguito in data.....  
presso l'Università .....  
sita in.....

*(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 iscritto all'**albo dei**..... 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 tipologia 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 sul sito internet aziendale della ASL n. 3 di Nuoro;
- 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 ASL n. 3 di Nuoro, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico, come specificato nella **INFORMATIVA PRIVACY**, allegata all'avviso di selezione;
- 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. 24/44 del 27/06/2013 e ss.mm.ii..**

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'ASL n. 3 di Nuoro, 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 alla ASL n. 3 di Nuoro, 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. 3 di Nuoro, 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'ASL n. 3 di Nuoro, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

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