All. A

Fac simile domanda

Al Direttore Generale

ATS Sardegna

PEC

[avvisiincarichi.svilupporisumane@pec.atssardegna.it](mailto:avvisiincarichi.svilupporisumane@pec.atssardegna.it)

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

**C H I E D E**

di partecipare alla PUBBLICA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL’ INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA – DISCIPLINA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO - PROFILO PROFESSIONALE: DIRIGENTE MEDICI – RUOLO SANITARIO – PER LA **DIREZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO DI AREA OMOGENERA – ASSL CAGLIARI** AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEI PRESIDI OSPEDALIERI (DAP)

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”

DICHIARA DI:

|  |  |
| --- | --- |
|  | essere in possesso della 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) |
|  | *Solamente per i cittadini non UE:*  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 |
|  | essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ………………………………………………………………..; |
|  | solo per i cittadini soggetti all’obbligo di leva:  essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva 🞏 SI 🞏 NO  (barrare la casella interessata) |
|  | aver subito condanne che comportino l’interdizione *perpetua* dai pubblici uffici  🞏 SI 🞏 NO  (barrare la casella interessata)  se SI, indicare quali:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | aver subito condanne che comportino l’interdizione *temporanea* dei pubblici uffici  🞏 SI 🞏 NO  (barrare la casella interessata)  se SI, il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda  🞏 SI 🞏 NO  (barrare la casella interessata) |
|  | 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) |
|  | 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;  🞏 SI 🞏 NO  (barrare la casella interessata) |
|  | incorrere in una delle cause di inconferibilità di cui all’art. 3 del D. lgs. 8 aprile 2013 n. 39 \*;  🞏 SI 🞏 NO  (barrare la casella interessata)  se SI, indicare quali:  ………………………………………………………………………………………………………………………  \**L’art.3 del D.Lgs. 39/2013 prevede che gli incarichi dirigenziali, interni ed esterni, nelle pubbliche amministrazioni non possano essere attribuiti a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I titolo II del libro secondo del codice penale (delitti contro la pubblica amministrazione)*  avere procedimenti disciplinari in corso  🞏 SI 🞏 NO  (barrare la casella interessata) |
|  | essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione  🞏 SI 🞏 NO  (barrare la casella interessata) |
|  | ***Requisito d’ammissione***  essere in possesso del Diploma di **Laurea** in  ……………………………………….....................……………………………………….………………………...  conseguito in data……………………………………………………………...........……………………………….  presso l’Università …………………………………………………………………………………………………..  sita in……………………………………………………………………………….............……………………...... |
|  | essere iscritto all’**albo dell’ordine dei Medici** della Provincia/Regionedi .………….……………………….  dal…………………………………………………… N° di Iscrizione …………………………….…………….. |
|  | essere in possesso della seguente **specializzazione**:  1) Disciplina: …………………………..…………….……………………………………………………………...  conseguita in data………………………. presso l’Università di ……………….…………………………..……... 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 ……………….…………………………..……...  e che la durata della stessa è stata pari ad anni …… e che l'immatricolazione è avvenuta in data ……….………..; |
|  | ***Requisito d’ammissione***  essere in possesso **dell’anzianità di servizio** di anni ………………………..……………………………………..  nella disciplina di ………………………………………………..…. come di seguito specificato:  ..................................................................................................................................................................................... |
|  | **avere prestato 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……………………………………………………….………………..  con interruzione dal servizio *(ad es per aspettative senza assegni):*  dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motivo …………………………………………………………………..…  **(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)** |
|  | **avere prestato 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……………………………………………………….………………..  con interruzione dal servizio *(ad es per aspettative senza assegni):*  dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motivo …………………………………………………………………..…  **(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:   1. tipo di incarico di alta professionalità   di sostituzione ex art. 18 CCNL 08.06.2000  di direzione di struttura semplice  di direzione di struttura complessa  altro……………………………………………………………………………………..…  dal ……………………………… al ………………………… (indicare giorno/ mese/anno)  presso U.O.C. ….……………………………………………………………………………………………………  Stabilimento/Presidio ………………………………………………………………………………………………..  Comune ………………………………………. Provincia …………………….……………………………………  presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Privata convenzionata, etc – specificare)  …………………………………………………………………………………………………………………….…  descrizione attività svolta……………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………..………..……  ……………………………………………………………………………………………………..……….……….   1. tipo di incarico di alta professionalità   di sostituzione ex art. 18 CCNL 08.06.2000  di direzione di struttura semplice  di direzione di struttura complessa  altro……………………………………………………………………………………..…  dal ……………………………… al ………………………… (indicare giorno/ mese/anno)  presso U.O.C. ….……………………………………………………………………………………………………  Stabilimento/Presidio ……………………………………………………………………………………………..  Comune ………………………………………. Provincia ………………………………………………………  presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Privata convenzionata, etc – specificare)  ………………………………………………………………………………………………………………….…  descrizione attività svolta……………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………..………..……  ……………………………………………………………………………………………………..……….……….   1. tipo di incarico di alta professionalità   di sostituzione ex art. 18 CCNL 08.06.2000  di direzione di struttura semplice  di direzione di struttura complessa  altro……………………………………………………………………………………..…  dal ……………………………… al ………………………… (indicare giorno/ mese/anno)  presso U.O.C. ….……………………………………………………………………………………………………  Stabilimento/Presidio ……………………………………………………………………………………………..  Comune ………………………………………. Provincia ………………………………………………………  presso: (Azienda Sanitaria, Ente, Privata convenzionata, etc – specificare)  ………………………………………………………………………………………………………………….…  descrizione attività svolta……………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………..………..……  ……………………………………………………………………………………………………..……….………. |
|  | **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 …………………………………………….………………………………..…………….  ……………………………………………………………………………………………………………………..…  ....……………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………..……  ……………………………………………………………………………………………………………………….  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:**  titolo …………………………………………………………………………………………………………………  presso…………………………………………………….…………………………………………………………..  anno……………………………………………………………………………….………………………………… |
|  | **Specifici corsi di formazione manageriale/Master Universitari (indicare primo/secondo livello/):**  titolo …………………………………………………………………………………………………………………  dal…………………. al…………………………… (indicare giorno/mese/anno)  presso………………………………………………………………………………………………………………  contenuti del corso …………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………  titolo ………………………………………………………………………………………………………………  dal…………………. al…………………………… (indicare giorno/mese/anno)  presso………………………………………………………………………………………………………………  contenuti del corso …………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | **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 o relatore.** 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 □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE  Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….  Data ……………………….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..  Specificare se l’attività formativa è ECM si □ - no □  Specificare se con test o esame finale si □ - no □   1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO   □ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE  Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….  Data ……………………….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..  Specificare se l’attività formativa è ECM si □ - no □  Specificare se con test o esame finale si □ - no □   1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO   □ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE  Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….  Data ……………………….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..  Specificare se l’attività formativa è ECM si □ - no □  Specificare se con test o esame finale si □ - no □   1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO   □ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE  Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….  Data ……………………….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..  Specificare se l’attività formativa è ECM si □ - no □  Specificare se con test o esame finale si □ - no □   1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO   □ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE  Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….  Data ……………………….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..  Specificare se l’attività formativa è ECM si □ - no □  Specificare se con test o esame finale si □ - no □   1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO   □ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE  Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….  Data ……………………….. (durata) n. giorni …………….. ore ………………..…..  Specificare se l’attività formativa è ECM si □ - no □  Specificare se con test o esame finale si □ - no □   1. Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata) □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO   □ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  In qualità di □ RELATORE □ DOCENTE  Ente organizzatore ………………………………………………………………………………………………….  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 O IN COPIA LEGALE O AUTENTICATA AI SENSI DI LEGGE:***   * **Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la propria attività ed alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime;** * **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 sulla base della attestazione del dirigente di secondo livello Responsabile del competente Dipartimento o Unità operativa dell’Unità Sanitaria Locale o dell’Azienda Ospedaliera).** |
|  | **Elenco di tutte le pubblicazioni da allegare, specificando le 5 presentate per la valutazione (**produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere):   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:

* 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 aver preso visione del profilo oggettivo e soggettivo che caratterizza la struttura complessa in argomento;
* di essere consapevole che prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio, verranno pubblicati sul sito internet aziendale;
* 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 ATS, 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. indicato.

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

Allega alla presente:

□ curriculum formativo e professionale datato e firmato;

□ Dichiarazione sostitutiva di certificazioni;

□ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

□ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia.

□ elenco descrittivo, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati, numerato progressivamente.

□ documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia delle istituzioni dove è stato prestato il servizio.

□ documentazione della Direzione Sanitaria attestante la tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate.

□ **l’elenco completo di tutte le pubblicazioni e cinque lavori**, a propria scelta, 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.

**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'Azienda per la Tutela della Salute 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 ATS, 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'Azienda per la Tutela della Salute 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 ATS, è finalizzato unicamente all’espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell’incarico.

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