

Format Domanda

Spett. ATS Sardegna
c/o Ricerca e Selezione Risorse Umane
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius - Loc. Su Planu

Il sottoscritt_____ , nat_ a _____
(Prov.____) il _____, residente in _____, (cap_____),
Via _____, n.____ e domiciliat_ per la procedura
in oggetto in _____
(CAP _____), Via _____ n.____ Tel. _____ Cel _____
_____ PEC _____ / Email _____,

CHIEDE

Di essere ammess_ a partecipare avviso di mobilità a carattere regionale ed interregionale tra aziende ed enti del comparto sanità, preventivo all'utilizzo di valide graduatorie concorsuali in ambito ATS Sardegna, per la copertura di n. 9 posti di Collaboratore- Professionale - Sanitario -Tecnico - Sanitario - Laboratorio Biomedico, Cat. D da destinare alle diverse ASSL dell 'Ats Sardegna.

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo di _____
_____ presso la _____ seguente Pubblica
Amministrazione _____, con sede in _____
Via _____ n _____ a far data dal _____
- di aver superato il periodo di prova;
- di prestare servizio presso: Struttura/P.O/Servizio _____
di _____;
- di non aver riportato condanne penali per delitti di qualunque natura e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

- di aver riportato le seguenti condanne penali (specificare): _____
_____;
- di essere a conoscenza dei seguenti carichi pendenti (specificare): _____
_____;
- di non avere in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero specificare ipotesi contraria;
- di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso o già conclusi presso pubbliche amministrazioni (specificare): _____
_____;
- di essere in possesso della piena idoneità fisica all'impiego;
- di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo: (barrare la casella interessata)
- pieno
- parziale, con percentuale lavorativa al _____% , per n° _____ ore settimanali;
- Godimento benefici art. 33 L.104/92: (barrare la casella interessata)
- Si (specificare per chi) _____.
- No
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D.lgs 101/2018;
- di esprimere specificamente la propria preferenza per la mobilità verso l'Area Socio Sanitaria Locale di _____ (scelta non vincolante per l'ATS Sardegna);
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

- che l'indirizzo PEC al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente _____;

Allega alla presente:

- curriculum formativo-professionale, datato e firmato sotto forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000 (con formula di responsabilità ex art. 76 DPR 445/00);
- dichiarazioni sostitutive di cui al DPR 445/00 relative ai titoli ritenuti utili agli effetti della valutazione di merito;
- n.1 elenco datato e firmato dei titoli e dei documenti presentati.
- Documento di identità in corso di validità.

Data, _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ Via _____ n _____, sotto la propria responsabilità e
consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come
stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non
veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento
eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA

(a titolo esemplificativo si riportano alcune dichiarazioni effettuabili con la dichiarazione sostitutiva di
certificazione in quanto presenti nelle ipotesi di cui all'art. 46 DPR 445/2000).

di avere conseguito il seguente titolo di studio _____ in data _____,
presso _____;

oppure

di avere partecipato al congresso (corso, seminario...ect) organizzato da _____
dal titolo _____ in data _____, dalla durata
di _____, in qualità di _____ (uditore/relatore) con esame finale/senza esame
finale.

Data, _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ Via _____ n _____, sotto la propria responsabilità e
consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come
stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non
veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento
eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

(da utilizzare per certificare tutti gli stati, fatti e qualità personali non presenti nel citato art. 46 DPR 445/2000
- ad esempio attività di servizio - specificando con esattezza tutti gli elementi e dati necessari per la
valutazione).

A titolo esemplificativo si riportano alcune dichiarazioni effettuabili con la dichiarazione sostitutiva dell'atto di
notorietà

di avere svolto la seguente attività lavorativa:

Ente (pubblico - privato accreditato SSN o non accreditato SSN)
_____ dal _____ al _____ in
qualità di Dirigente _____ specialista in _____ natura del contratto
(contratto di dipendenza, di consulenza, di collaborazione.....) _____ tipologia del
contratto (tempo pieno – parziale) _____ per n° ore settimanali _____;

Ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 761/79.

Eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ...ect)
_____;

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

Data, _____

Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA'
DELLA COPIA ALL'ORIGINALE
(art. 19 e art. 47 del D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ Via _____ n _____, sotto la propria responsabilità e
consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come
stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non
veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento
eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

che l'allegata copia:

a titolo esemplificativo, si evidenzia che con la presente dichiarazione si può certificare la conformità
all'originale di copia dei seguenti documenti

della pubblicazione dal titolo _____ edita da _____ in data _____, numero coautori _____,
riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a pag. _____ e quindi composta di n° _____ fogli, è conforme
all'originale in possesso di _____;

del abstract/poster/atto congressuale dal titolo _____ edita da _____ in data _____, numero
coautori _____, riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a pag. _____ e quindi composta di n° _____
fogli, è conforme all'originale in possesso di _____;

Data, _____

Firma
