

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 6 SANLURI**

**AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO TRIENNALE DI AREA
TEMATICA DIPARTIMENTALE “ PNEUMOLOGIA E MALATTIE DELL’APPARATO
RESPIRATORIO”- DIPARTIMENTO DI MEDICINA**

In esecuzione della deliberazione n. 486 del 22 luglio 2015, ai sensi dei vigenti CCNLL dell’Area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale e dell’art.13 del Regolamento Aziendale per la graduazione e l’affidamento delle funzioni dirigenziali approvato con deliberazione n. 648 del 28.12.2010 è

INDETTA SELEZIONE INTERNA

Per il conferimento di n. 1 incarico triennale di responsabile Area Tematica denominata “Pneumologia malattie apparato respiratorio” afferente al Dipartimento di Medicina del Presidio Ospedaliero N.S. di Bonaria.

ART.1 MODALITA’ DI SELEZIONE

Tenuto conto di quanto stabilito dall’art. 28, comma 6, CCNL del 08.06.2000 relativo all’Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, in attuazione di quanto previsto dall’art. 15 ter, D.Lgs n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni e nel rispetto del vigente regolamento aziendale summenzionato, per stabilire l’idoneità dei dirigenti interessati ed al fine dell’affidamento dell’incarico, l’Azienda acquisisce e valuta le candidature correlandole alla natura e alle caratteristiche degli obiettivi ed alla complessità dell’incarico da conferire.

Le funzioni e gli obiettivi correlati agli incarichi di natura professionale di alta specializzazione oggetto della presente selezione, sono elencate nell’allegato 1 al presente avviso.

L’azienda nell’affidamento dell’incarico ed in relazione alla natura degli stessi, prenderà in considerazione, sulla base delle dichiarazioni rese dal candidato e della documentazione prodotta dallo stesso:

- ✓ Il profilo e la disciplina di appartenenza;
- ✓ Le attitudini personali, capacità e competenze professionali, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all’esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre aziende e Enti del SSN o del SSR, ovvero esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;
- ✓ Saranno inoltre oggetto di valutazione, secondo quanto meglio esemplificato nel successivo art. 5:
 - L’attività di servizio nel profilo e nella disciplina maturata in Aziende ed Enti del SSN o in altre amministrazioni pubbliche. Si precisa che non producono anzianità di servizio e non sono computabili a tal fine, i periodi di attività lavorativa svolta in base ad incarichi individuali, conferiti dalle amministrazioni pubbliche, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, previsti e disciplinati dall’art. 7, comma 6 e successive modificazioni ed integrazioni, D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.;

- Le tipologie quali quantitative delle prestazioni svolte;
- L'attività di studio, di aggiornamento, formazione e docenza;
- Gli incarichi di cui il titolare è stato o è titolare;
- L'attività scientifica;
- L'esito delle valutazioni conseguite dal dirigente.

Il suddetto elenco non è esaustivo ed il candidato, in relazioni alle funzioni ed obiettivi propri dell'incarico oggetto del presente avviso, può indicare gli ulteriori titoli che ritenga rilevanti ai fini della valutazione. Tali titoli dovranno essere prodotti nelle forme indicate nel successivo art. 5 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dichiarazioni sostitutive di atto notorio).

L'ordine dei suddetti elementi di valutazione non determina rapporti di gerarchia o elementi di prevalenza o di preferenza tra gli stessi.

Nel rispetto dei principi di cui al presente articolo e tenuto conto della natura e delle funzioni della struttura di cui trattasi, il Direttore Sanitario svolge la selezione basandosi sulla valutazione dei suddetti elementi, e provvede, con idonea motivazione, a individuare una rosa di idonei.

Il Commissario Straordinario individuerà il dirigente cui conferire l'incarico.

L'amministrazione si riserva, a sua discrezione la possibilità di invitare i candidati a sostenere un colloquio ad integrazione della valutazione effettuata sulla base dell'esame della documentazione dagli stessi inviata.

L'affidamento e la decorrenza dell'incarico avverrà attraverso la stipula del relativo contratto individuale di lavoro secondo quanto previsto dal successivo art. 7.

ART. 2 REQUISITI DI AMMISSIONE

Ai fini dell'ammissione alla selezione è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- a) Essere dipendente della ASL n. 6 di Sanluri con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato disciplinato dal CCNL dell'Area della dirigenza Medico-Veterinaria del SSN:
 - Nel profilo di dirigente medico
 - Nella disciplina di pneumologia o disciplina equipollente;
 - Con rapporto di lavoro esclusivo
- b) Essere in possesso di 5 anni di anzianità di servizio in qualità di dirigente medico nella disciplina pneumologia o disciplina equipollente maturati nell'ambito di Aziende e Enti del Comparto del SSN.

ART. 3 ESCLUSIONI

La mancanza dei requisiti richiesti costituisce motivo di esclusione dalla selezione.

ART. 4 PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di partecipazione può essere presentata utilizzando lo schema allegato al presente avviso, scaricabile dal sito web aziendale, e dovrà essere redatta in carta semplice.

Ai sensi degli artt. 46 e 47, DPR n. 445 del 2000 e successive modificazioni ed integrazioni, gli aspiranti, premessa la dichiarazione di consapevolezza delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/00, debbono dichiarare quanto segue, sotto la propria responsabilità ed a pena di esclusione:

- a) Cognome, nome, data, luogo di nascita e di residenza nonché recapito telefonico
- b) Il possesso della cittadinanza italiana ovvero della cittadinanza di uno degli Stati dell'Unione Europea
- c) Il godimento dei diritti civili e politici, indicando il Comune nelle cui liste elettorali si è iscritti, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d) Di non aver riportato condanne penali ovvero le eventuali condanne penali riportate (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale);
- e) Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero i carichi penali pendenti di cui è a conoscenza;
- f) Di essere in possesso della piena idoneità fisica al servizio nel profilo di dirigente medico;
- g) Di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 53 D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.;
- h) Il possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, dell'iscrizione al relativo ordine, specializzazione nella disciplina di pneumologia o in disciplina equipollente / di non essere in possesso di diploma di specializzazione;
- i) Di essere in possesso dei requisiti di ammissione alla selezione come meglio specificati nell'apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa al possesso dei requisiti di ammissione;
- j) Di aver allegato alla domanda le dichiarazioni rese ai termini degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e ss. mm. ed int. Indicate nel successivo art 5, sempre che in capo al dichiarante ricorrano le specifiche ipotesi indicate nella singola dichiarazione;
- k) Di volersi avvalere /non volersi avvalere della facoltà che l'Azienda acquisisca d'ufficio il certificato di servizio;
- l) Il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/03)
- m) Il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essergli fatta pervenire ogni necessaria comunicazione e l'impegno a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto, la residenza di cui al punto 2) del presente articolo.
- n) L'omissione delle dichiarazioni di cui ai precedenti punti 5 e 6 della domanda di ammissione sarà considerata come il non aver riportato condanne penali e/o il non avere carichi penali pendenti, fatto salvo il successivo accertamento d'ufficio della veridicità della dichiarazione.

ART. 5 DOCUMENTAZIONE DA ALLA DOMANDA

Ai sensi del DPR n. 445/200 e ss.mm.ii. e come da ultimo modificato dall'art. 15 della legge n. 183 del 12/11/2011" le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli art 46 e 47, al disposto normativo consegue pertanto che:

- Alle amministrazioni pubbliche è fatto divieto di richiedere e di accettare i certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a conoscenza diretta;
- Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione, i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà di cui agli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000.

Alla luce di quanto disposto dalle suddette norme di legge vigenti, alla domanda di partecipazione alla selezione, che è formulata nella forma della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, i candidati non possono allegare certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati da pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza.

Si precisa ulteriormente che qualora il candidato allegghi alla domanda di ammissione certificati in originale o in copia autenticata, per l'Azienda sussiste il divieto di accettarli e l'eventuale accettazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio, ai sensi dell'art. 74, DPR 445/2000 e ss.mm.ii. Pertanto le informazioni ed i dati contenuti nelle suddette certificazioni eventualmente allegate alla domanda non saranno prese in considerazione a nessun fine.

I candidati, dovranno invece allegare alla domanda di ammissione:

A. Le seguenti dichiarazioni rese ai sensi degli artt.46 e 47 DPR N.445/2000 e succ. mod. ed int., redatte utilizzando gli appositi fac-simile allegati al presente avviso, sempre che in capo al dichiarante ricorrano le specifiche ipotesi indicate nel fac-simile della singola dichiarazione:

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa al possesso dei requisiti di ammissione alla selezione (**allegato A**) costituiti da:
 - I. Essere attualmente dipendente dell'ASL n. 6 di Sanluri con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato disciplinato dal CCNL dell'Area della dirigenza medica e veterinaria del SSN:
 - a) Nel profilo di dirigente medico
 - b) Nella disciplina di pneumologia
 - c) Con rapporto di lavoro esclusivo
 - II. Di essere in possesso di 5 anni di anzianità di servizio in qualità di dirigente medico nella disciplina di pneumologia nell'ambito di Aziende ed Enti del comparto del SSN.
2. Dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa ai periodi di servizio prestati nel profilo a selezione presso Aziende ed Enti ricompresi nel Comparto del SSN presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio (**Allegato B**), indicando, per ciascun periodo:
 - a) La denominazione completa dell'Azienda/Ente del SSN presso cui il servizio è stato prestato;
 - b) Il profilo, le posizioni funzionali, le qualifiche attribuite, la disciplina o struttura organizzativa nella quale il servizio è stato prestato;
 - c) Le date iniziali e finali del relativo periodo di attività;
 - d) La circostanza che l'assunzione sia stata disposta in ruolo a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo a tempo determinato;
 - e) La circostanza che il servizio sia stato prestato con rapporto di lavoro esclusivo o non esclusivo precisando i periodi;
 - f) La circostanza che la prestazione è stata svolta a tempo pieno/ a tempo parziale/ a tempo definito con indicazione, in tali ultime due ipotesi, dell'orario di lavoro prestato;

- g) Con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato: indicazione dei periodi di collocamento in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio ovvero di non aver fruito, nel corso di singolo periodo di servizio, di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
- h) Le cause risolutive dei singoli rapporti di lavoro.
- N.B. in luogo di tale dichiarazione il candidato può indicare all'apposita voce presente nella domanda di partecipazione che l'azienda acquisisca d'ufficio il relativo certificato.
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle certificazioni di servizio rilasciate da altre pubbliche amministrazioni, non ricomprese nell'ambito del Comparto del SSN, presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio nel profilo a selezione (**Allegato C**), indicando , per ciascun periodo:
- a) La denominazione completa della pubblica amministrazione presso cui il servizio è stato prestato;
 - b) Il profilo, le posizioni funzionali, le qualifiche attribuite e l'eventuale disciplina nella quale il servizio è stato prestato
 - c) La data iniziale e terminale del relativo periodo di attività;
 - d) La circostanza che l'assunzione sia stata disposta in ruolo/ a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo/ a tempo determinato
 - e) Con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/a tempo indeterminato: indicazioni e dei periodi di collocamento in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
 - f) le cause di risoluzione del singolo rapporto di lavoro.
4. Dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa agli incarichi professionali/di struttura semplice/di struttura complessa/ di dipartimento, di cui si è avuta la titolarità nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN presso i quali si è svolta attività di servizio (**Allegato D**), con indicazione:
- a) Della denominazione del singolo incarico
 - b) Della denominazione completa dell'Azienda/Ente del SSN che ha conferito l'incarico, della sede dell'allocazione dello stesso nell'ambito dell'organizzazione dell'Azienda;
 - c) Del periodo (gg/mm/aa) di conferimento/svolgimento del singolo incarico;
 - d) Degli eventuali esiti delle valutazioni concernenti il singolo incarico.
5. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale delle copie di ciascuna delle pubblicazioni (**allegato E**) allegata alla domanda, con indicazione, per ciascuna pubblicazione, del titolo, della rivista in cui è intervenuta la pubblicazione, di tutti gli estremi della stessa e se trattasi di pubblicazioni monografica o in collaborazione con altri autori. Le pubblicazioni, per essere oggetto di valutazione devono essere allegata in originale o secondo la forma sopraindicata.
6. Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di aggiornamento e formazione svolte (**Allegato F**) tra cui a titolo esemplificativo:

- a. Soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in strutture italiane o estere con indicazione, per ciascun periodo di soggiorno/addestramento/frequenza della denominazione completa della struttura, del periodo di frequenza della stessa (gg/mm/aa), delle finalità della frequenza e se inviati dall'Azienda di appartenenza mediante l'istituto del comando per aggiornamento;
 - b. Partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari ect, con indicazione, per ogni corso, congresso, convegno e seminario ect.: dell'organizzatore, del titolo dell'evento, del luogo e della/e data/e di svolgimento, se la partecipazione è intervenuta in qualità di relatore/docente o in qualità di discente e, con riguardo ai corsi/seminari, se si è sostenuto, qualora previsto, l'esame finale;
7. Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa all'attività di docenza (**Allegato G**) svolta presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione dell'AA o AS, delle materie insegnate e delle ore di insegnamento;
 8. Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio (**Allegato H**), diplomi di laurea, diplomi di specializzazione ect) con indicazione dell'Università presso cui è stato acquisito, della data del conseguimento e della durata legale del corso di studi;
 9. Dichiarazione, resa in carta semplice e sottoscritta dal candidato, relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate nell'ambito della attività lavorativa svolta, afferenti al posto a selezione (**Allegato I**), con indicazione del periodo e della struttura presso cui tali attività sono state effettuate;
 10. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Poiché le amministrazioni pubbliche sono tenute a verificare le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47, nonché di acquisire tutti i dati e i documenti oggetto di dichiarazione che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, è indispensabile che il candidato, indichi in maniera completa gli elementi indispensabili, richiesti ed indicati nel testo delle diverse dichiarazioni, per l'individuazione della pubblica amministrazione presso cui operare la richiesta di verifica, in quanto depositaria delle informazioni oggetto di dichiarazione.

ART. 6 INVIO DELLE DOMANDE

Le domande di partecipazione alla selezione, redatte in carta semplice, dovranno essere inviate alla ASL N° 6 di Sanluri – Servizio Risorse Umane – via Ungaretti, 9 9025 – Sanluri VS, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento; a tal fine farà fede il timbro postale accettante.

Il termine per la presentazione delle domande scadrà improrogabilmente il 7° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sull'albo aziendale.

Al fine di assicurare opportuna diffusione, il presente avviso sarà pubblicato sul sito aziendale, dove verrà indicato il termine di scadenza per l'invio delle domande.

Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

Con riferimento alle domande pervenute, farà fede la data risultante dal timbro postale di spedizione; non saranno esaminate le domande inviate oltre i termini di scadenza come sopra determinati.

L'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore, né per mancata restituzione dell'avviso di ricevimento in caso di spedizioni per raccomandata.

ART. 7 TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO

Come previsto dall'art. 13, CCNL Area della Dirigenza Medica Veterinaria sottoscritto in data 08/06/2000 e ribadito dall'art. 4 CCNL sottoscritto in data 06/05/2010, l'incarico sarà conferito a seguito di sottoscrizione del relativo contratto individuale di conferimento dello stesso e con valenza ivi indicata.

Il trattamento giuridico ed economico dell'incarico affidato è quello previsto dai CC. CC. NN. LL. nel tempo vigenti per le Aree di contrattazione della dirigenza del SSN, da corrispondere con cadenza mensile.

La retribuzione di posizione connessa all'incarico è determinata, ai sensi dell'art. 15, comma 1, del D.Lgs. 502/1992 e per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, dall'art. 51, co. 1e 2, CCNL 05/12/1996, come integrato dall'art. 26, CCNL 08/06/2000 e dall'art. 24, co. 9, CCNL 03/11/2005, e come confermato, dall'art. 6, CCNL 17/10/2008, sulla base del sistema aziendale di graduazione delle funzioni dirigenziali, vigente alla data di sottoscrizione del contratto, in relazione al peso attribuito all'incarico assegnato in conformità a tale sistema. La conferma o variazione del peso attribuito all'incarico e della conseguente e correlata retribuzione di posizione saranno oggetto di specifica comunicazione al dirigente.

La decorrenza dell'incarico, le modalità e le condizioni che regolano il rapporto di lavoro saranno stabilite in sede di stipula del contratto individuale di conferimento dell'incarico che, previa acquisizione della documentazione necessaria, dovrà essere sottoscritto, a termine dell'art. 24, comma 6, CCNL 03/11/2005 ed a pena di decadenza, entro 30 giorni dal ricevimento di apposita comunicazione aziendale di conferimento dell'incarico.

ART. 8 MODIFICA, SOSPENSIONE E REVOCA DELL'AVVISO

L'amministrazione si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di prorogare, sospendere, revocare, in tutto o in parte modificare o ritirare il presente bando a suo insindacabile giudizio, senza l'obbligo della comunicazione, ai singoli interessati, del relativo provvedimento.

ART.9 TUTELA DELLA PRIVACY

Al fine di dar corso alla selezione sono richiesti ai candidati dati anagrafici e di stato personale, nonché quelli relativi al curriculum scolastico e professionale.

Tali dati sono finalizzati a valutare in via preliminare l'idoneità all'incarico proposto, per poter dar corso al successivo colloquio finalizzato alla valutazione delle capacità professionali del candidato nella specifica disciplina con riferimento anche alle esperienze professionali documentate .

Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici ed automatizzati e comunque mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Il D.lgs. n.196/2013 stabilisce i diritti dei candidati in materia di tutela rispetto al trattamento dei dati personali.

Qualora il candidato non sia disponibile a fornire i dati e la documentazione richiesta dal presente avviso, non si potrà effettuare il processo selettivo nei suoi confronti.

I dati risultanti da ciascuna domanda di partecipazione alla selezione e dalla documentazione alla stessa allegata potranno essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.

ART. 10 ACCESSO AGLI ATTI DELLA SELEZIONE E PUBBLICITA'

L'accesso alla documentazione attinente alla presente selezione sarà consentito a conclusione del procedimento stesso.

Gli obblighi di pubblicità nei confronti di tutti i partecipanti alla procedura selettiva saranno assolti con la pubblicazione sul sito internet aziendale della deliberazione di presa d'atto del verbale e di conferimento dell'incarico.

ART. 11 NORME FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si rinvia alle disposizioni vigenti in materia. Ogni ulteriore informazione o copia dell'avviso potranno essere richieste al Servizio Risorse Umane.



Il Commissario Straordinario
Dr.ssa Mara Maddalena Giua

FAC SIMILE DOMANDA

Al Commissario Straordinario
ASL n° 6 di Sanluri

__I__ sottoscritt _____, nat__ a _____ (Prov.____) il _____, residente in _____, (CAP _____), Via _____, n.____ e domiciliat__ per la procedura selettiva in _____ (CAP _____), Via _____, n. _____ Tel. n. _____

CHIEDE

di essere ammess__ a partecipare alla selezione interna per il conferimento del seguente incarico di natura professionale di alta specializzazione da attivare all'interno del Dipartimento di Medicina presso Presidio Ospedaliero di San Gavino Monreale:

a) n. 1 incarico triennale dirigente responsabile Area Tematica “ Pneumologia malattie dell'apparato respiratorio”

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del d.p.r. 445/00, dichiara (*barrare le singole caselle*):

- di essere cittadino italiano;
- ovvero* di essere cittadino di Stato membro dell'Unione Europea e precisamente _____, di godere dei diritti civili e politici nel suddetto Stato di appartenenza, di essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti richiesti ai cittadini italiani e di aver ottenuto il riconoscimento da parte del Ministero della Salute dei titoli di studio e di abilitazione conseguiti all'estero, previsti per partecipare alla presente procedura;
- di godere dei diritti civili e politici essendo iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ *ovvero* di non essere iscritto/ di essere stato cancellato dalle liste elettorali in quanto _____;

- di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____ ;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero di essere a conoscenza dei seguenti carichi penali pendenti _____ ;
- di essere in possesso della piena idoneità fisica al servizio nel profilo di Dirigente Medico nella disciplina di ematologia o in disciplina equipollente;
- di essere in possesso del diploma di Laurea in _____, conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____;
- di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei _____ di _____, dal ____/____/____ al ____/____/____, al n° _____;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione nella disciplina di ematologia o in disciplina equipollente in _____, conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ ovvero di non essere in possesso del diploma di specializzazione;
- di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione alla selezione, come meglio dettagliati della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa allegata;
- di essere attualmente dipendente a tempo indeterminato della ASL n° 6 di Sanluri;
 - nel profilo di Dirigente Medico;
 - nella disciplina di ematologia o medicina interna o in discipline equipollenti;
 - con rapporto di lavoro esclusivo;
- di essere in possesso di 5 anni di anzianità di servizio in qualità di Dirigente Medico nella disciplina di pneumologia o in discipline equipollenti maturati nell'ambito di Aziende e Enti del Comparto del SSN;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità prevista dall'art. 53, D.Lgs n°165/2001 e ss.mm.ii ovvero di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità _____;

- di accordare il consenso, ai sensi del D.Lgs. 196/03, affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Dichiara di _____(avvalersi/non avvalersi) della facoltà che l'ASL n°6 di Sanluri acquisisca d'ufficio il proprio certificato di servizio.

Essendo a conoscenza del divieto per le Amministrazioni pubbliche di richiedere e di accettare i certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati da pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza previsto dal DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int. e come da ultimo modificato dall'art. 15, della L. 12/11/2011, n° 183, si allegano alla domanda le seguenti dichiarazioni, rese ai termini degli artt. 46 o 47, DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int., previste nell'art. 7 dell'avviso di selezione e precisamente (*barrare le dichiarazioni allegate alla domanda di partecipazione*):

- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa al possesso dei requisiti di ammissione personale di enti/aziende del SSN (art. 10, CCNQ 11/06/2007 e s.m.i) (**ALLEGATO A**);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa alle certificazioni di servizio rilasciate dalle Aziende ed Enti ricompresi nel Comparto del SSN presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio nel profilo a selezione (**ALLEGATO B**);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle certificazioni di servizio rilasciate da altre pubbliche amministrazioni, non ricomprese nell'ambito del Comparto del SSN, presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio nel profilo a selezione (**ALLEGATO C**);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa agli incarichi professionali/di struttura semplice/di struttura complessa/ di Dipartimento, di cui si è avuta la titolarità nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN presso i quali si è svolta attività di servizio (**ALLEGATO D**);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale delle copie di ciascuna delle pubblicazioni eventualmente allegata alla domanda, con indicazione, per ciascuna pubblicazione, del titolo, della rivista in cui è intervenuta la pubblicazione, di tutti gli estremi della stessa e se trattasi di pubblicazione monografica o in collaborazione con altri autori (**ALLEGATO E**);

- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di aggiornamento e formazione svolte (**ALLEGATO F**);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di docenza svolta (**ALLEGATO G**);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio (**ALLEGATO H**);
- dichiarazione resa in carta semplice relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate nell'ambito della attività lavorativa svolta, afferenti al posto a selezione, con indicazione del periodo e della struttura presso cui tali prestazioni sono state effettuate (**ALLEGATO I**).

Le comunicazioni relative alla selezione dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

LUOGO e DATA

Si allegano, inoltre, alla presente domanda:

- n. 1 copie dell'elenco della documentazione presentata
- **fotocopia di un documento di identità in corso di validità**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI DI AMMISSIONE
PERSONALE DI ENTI / AZIENDE DEL SSN
(Art. 10, CCNQ 11/06/2007 e succ. mod. ed int. DPR n° 445/2000)**

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ___),
il _____ residente in _____, (Prov. ___), Via _____ n° ___, C.A.P. _____,
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A

- di essere in possesso del diploma di Laurea in _____, conseguito presso
l'Università degli Studi di _____ in data ___/___/___;
- di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei _____ di _____, dal ___/___/___, al n°
_____;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ richiesto per la
partecipazione alla selezione

ovvero

del diploma di specializzazione equipollente _____
_____, conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data
___/___/___;

- di non essere in possesso del diploma di specializzazione;
- di essere in possesso di un'anzianità di servizio nel profilo di _____ pari a 5
anni di cui n° ___anni nella disciplina di _____ o nella
disciplina equipollente di _____;

La suddetta anzianità di servizio è stata maturata:

1. dal _____ al _____ nel profilo di _____ nella disciplina
di _____ presso _____ (specificare per
esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN) con rapporto di lavoro
di ruolo/ a tempo indeterminato a tempo determinato;
 2. dal _____ al _____ nel profilo di _____ nella disciplina
di _____ presso _____ (specificare per
esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN) con rapporto di lavoro
di ruolo/ a tempo indeterminato a tempo determinato;
 3. per un totale di n° 5 anni richiesti quali requisito di ammissione;
- di essere attualmente dipendente, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, della ASL 6di Sanluri
con assegnazione al Dipartimento di Medicina

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL n. 6 di Sanluri a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Sanluri, _____

Il Dichiarante * _____

* La sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLE
CERTIFICAZIONI DI SERVIZIO PRESSO AZIENDE / ENTI DEL SSN
(DPR n° 445/2000)**

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

__l__ sottoscritt _____, nat__ a _____ (Prov.____) il _____,
residente in _____, (CAP _____), Via _____, n.____ e domiciliat__ per la
procedura selettiva in _____ (CAP _____), Via _____, n. _____ Tel. n.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di
dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del d.p.r. 445/00,

DICHIARA

1. di aver maturato un'ulteriore anzianità di servizio **rispetto ai 5 anni richiesti quale requisito
di ammissione** (compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia
intervenuto un cambiamento dei dati richiesti) :

a) dal _____ al _____ nel profilo di _____ nella disciplina
di _____ o nella disciplina equipollente di _____ presso
_____ (*specificare per esteso denominazione azienda /
Azienda Ospedaliera / ente del SSN*) con rapporto di lavoro: di ruolo/ a tempo
indeterminato fuori ruolo/ a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta a
tempo pieno a tempo parziale a tempo definito con impegno orario (*da indicare solo
nelle ipotesi di tempo parziale/definito*) _____ e che la causa di
risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente _____;

b) dal _____ al _____ nel profilo di _____ nella disciplina
di _____ o nella disciplina equipollente di _____ presso
_____ (*specificare per esteso denominazione azienda /
Azienda Ospedaliera / ente del SSN*) con rapporto di lavoro: di ruolo/ a tempo
indeterminato fuori ruolo/ a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta a
tempo pieno a tempo parziale a tempo definito con impegno orario (*da indicare solo*

ALLEGATO B

nelle ipotesi di tempo parziale/definito) _____ e che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente _____;

- c) dal _____ al _____ nel profilo di _____ nella disciplina di _____ o nella disciplina equipollente di _____ presso _____ (specificare per esteso denominazione azienda/Azienda Ospedaliera/ente del SSN) con rapporto di lavoro: di ruolo/a tempo indeterminato fuori ruolo/a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta a tempo pieno a tempo parziale a tempo definito con impegno orario (da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/definito) _____ e che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente _____;

2. con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopra dichiarati,
- che è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa) ovvero che non ha fruito di periodi di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
3. che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN
- non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente ovvero vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente _____;
 - non è stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero
 - è stato destituito o dispensato dall'impiego _____.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora la ASL n. 6, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Sanluri, _____

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLE CERTIFICAZIONI DI SERVIZIO PRESSO
PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI NON RICOMPRESSE NEL COMPARTO DEL SSN
(DPR n° 445/2000)**

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il sottoscritt _____, nat a _____ (Prov.____) il _____,
residente in _____, (CAP _____), Via _____, n. _____
e domiciliat per la procedura selettiva in _____ (CAP _____),
Via _____, n. _____ Tel. n. _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di
dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del d.p.r. 445/00,

DICHIARA

1. Di aver prestato servizio nel profilo a selezione presso le seguenti pubbliche amministrazioni
non ricomprese tra le Aziende/Enti del Comparto del SSN :

ENTE *	Dal gg/mm/aa	Al gg/mm/aa	Rapporto di lavoro **	Profilo professionale ***	Disciplina ****	Impegno orario settimanale	Causa di risoluzione

* indicare per esteso denominazione ENTE c/o cui è stato svolto il servizio;

** di ruolo/a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo/ a tempo determinato ;

*** indicare profilo professionale in cui è stato reso il servizio ;

**** indicare la disciplina in cui è stato reso il servizio (D.M. Sanità 31.01.98) se ricorrente

con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/a tempo indeterminato sopra dichiarati che è stato
collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal _____
al _____(indicare gg/mm/aa)

ovvero

con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/a tempo indeterminato sopra dichiarati non è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;

2. che nei suddetti rapporti con la P.A. non vi è stato recesso per giusta causa

ovvero _____

3. che nei suddetti rapporti con la P.A. non è stato destituito o dispensato dall'impiego *ovvero*

_____.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL n. 6, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Sanluri, _____

Il Dichiarante * _____

* La sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
RELATIVA ALLA TITOLARITÀ DI INCARICHI IN AZIENDE / ENTI DEL SSN
(DPR n° 445/2000)**

Ai sensi dell'art. 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ___),
il _____ residente in _____, (Prov. ___), Via _____ n° __, C.A.P. _____,
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A

(N.B. compilare il singolo schema che segue per ogni incarico di cui si è / si è stati titolari)

1. di essere/essere stato titolare del seguente incarico a tempo determinato

Tipo di incarico *	Denominazione incarico **	dal (gg/mm/aaaa)	al (gg/mm/aaa)	Profilo professionale	Disciplina	ENTE ***	Valutazione

* specificare se Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice, incarico professionale

** specificare la denominazione dell'incarico

*** specificare per esteso denominazione Azienda/ Azienda Ospedaliera / ente del SSN conferente e struttura presso cui è
allocato l'incarico)

2. di non essere mai stato titolare di incarico.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 6, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari, _____

Il Dichiarante * _____

* La sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
RELATIVA ALLA CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DELLE PUBBLICAZIONI ALLEGATE
(DPR n° 445/2000)

Ai sensi dell' art. 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ____),
il _____, residente in _____, (Prov. ____), C.A.P. _____,
Via _____ n° ____, consapevole delle sanzioni penali cui può andare
incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76
del D.P.R. n° 445/2000

DICHIARA

che la fotocopia delle pubblicazioni di cui all'allegato elenco è conforme all'originale di cui è in
possesso il soggetto indicato a margine di ciascuna di esse.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici
eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 6, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del
contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati
possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di
legge.

Sanluri, _____

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In
luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di
riconoscimento in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA

ALL'ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E DI FORMAZIONE. (DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ___), il _____
residente in _____, C.A.P. _____, (Prov. ___), Via _____ n° _____,
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o
uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A

- Di aver effettuato i seguenti soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina nelle seguenti strutture italiane o straniere (*indicare, per ciascun periodo di soggiorno/ addestramento/ frequenza: denominazione completa della struttura, periodo di frequenza della stessa, finalità della frequenza e se inviati dall'Azienda di appartenenza mediante l'istituto del comando per aggiornamento*)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	PERIODO DI FREQUENZA	FINALITA' DELLA FREQUENZA	COMANDO (SI/NO)

- Di aver partecipato ai seguenti corsi, congressi, convegni e seminari etc. (specificare per ogni corso, congresso, convegno e seminario etc.: l'organizzatore, il titolo, il luogo e le date di svolgimento, se la partecipazione è intervenuta in qualità di relatore/docente o in qualità di discente e, con riguardo, ai corsi/seminari se si è sostenuto, qualora previsto, l'esame finale)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	DENOMINAZIONE PERCORSO FORMATIVO	RUOLO SVOLTO (PRECISARE SE RELATORE, DOCENTE, DISCENTE)	ESAME FINALE (SI/NO)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 6, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Sanluri, _____

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI DOCENZA
(DPR n° 445/2000)**

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ___), il _____
residente in _____, C.A.P. _____, (Prov. ___), Via _____ n° _____,
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A

di aver svolto attività didattica presso _____ (*specificare Università, Scuola
di formazione SSN per il personale sanitario*) nel A.A.A.S. _____, nel corso di studio per il
conseguimento di _____, nella materia _____, per n° _____ h. annuali.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici
eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 6, a seguito di controllo, verifici la non
veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03 accorda il consenso
affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli
adempimenti di obblighi di legge.

Sanluri, _____

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento.
In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un
documento di riconoscimento in corso di validità.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
RELATIVA AL POSSESSO DI ULTERIORI TITOLI DI STUDIO
(DPR n° 445/2000)**

Ai sensi dell' art. 46 , D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ___),
il _____, residente in _____, C.A.P. _____, (Prov. ___), Via _____ n° _____,
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A

- di essere in possesso dell'ulteriore diploma di Laurea in _____,
conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____, la
durata legale del corso è di _____anni;
- di essere in possesso dell'ulteriore diploma di specializzazione in _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____, la
durata legale del corso è di _____anni;
- di essere in possesso dell'ulteriore e seguente titolo di studio _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____, la
durata legale del corso è di _____anni.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL n. 6, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Sanluri, _____

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

**DICHIARAZIONE RELATIVA
ALLA TIPOLOGIA QUALI QUANTITATIVA DELLE PRESTAZIONI SVOLTE**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ___),
il _____, residente in _____, C.A.P. _____, (Prov. ___), Via _____ n° _____,

D I C H I A R A

1. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante, nel periodo dal ___/___/___ al ___/___/___ presso la struttura operativa _____,
(*indicare denominazione struttura*) di _____
(*indicare denominazione Azienda enti del SSN cui appartiene la struttura operativa*) è la seguente: _____

_____;
2. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante, nel periodo dal ___/___/___ al ___/___/___ presso la struttura operativa _____,
(*indicare denominazione struttura*) di _____
(*indicare denominazione Azienda enti del SSN cui appartiene la struttura operativa*) è la seguente: _____

_____;

Sanluri, _____

Il Dichiarante _____