

All. A
Fac simile domanda

Al Direttore Generale
ASL n. 5 Oristano
Via Carducci, 35
09170 – Oristano (OR)

PEC

protocollo@asloristano.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:															

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO, DELL'INCARICO DI "RESPONSABILE DELL'UFFICIO INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO, A SUPPORTO DELLA DIREZIONE STRATEGICA DELLA ASL N. 5 DI ORISTANO", A TEMPO DETERMINATO, DI DURATA TRIENNALE, RINNOVABILE, EX ART. 15 SEPTIES, COMMA 1, DEL D. LGS. N. 502/1992 E S.M.I.

E CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER LE IPOTESI DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, NONCHÉ DELLA SANZIONE DELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUITI A SEGUITO DI UN PROVVEDIMENTO ADOTTATO IN BASE AD UNA DICHIARAZIONE RIVELATASI SUCCESSIVAMENTE NON VERITIERA, PREVISTE DAGLI ARTICOLI 75 E 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA"

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I.
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ
DICHIARA DI:

essere in possesso della cittadinanza italiana;

o cittadinanza _____ ;
<i>Solamente per i cittadini non italiani:</i> godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza _____ ; o di provenienza _____ ; <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div>
<i>Solamente per i cittadini non UE:</i> essere titolare di: <input type="checkbox"/> diritto di soggiorno <input type="checkbox"/> diritto di soggiorno permanente <input type="checkbox"/> permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo <input type="checkbox"/> status di rifugiato <input type="checkbox"/> status di protezione sussidiaria
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 <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div>
di aver riportato condanne penali <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO </div> (barrare la casella interessata) se SI, indicare quali: _____;
aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>perpetua</i> dai pubblici uffici <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div> se SI, indicare quali: _____;
aver subito condanne che comportino l'interdizione <i>temporanea</i> dei pubblici uffici <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (barrare la casella interessata) </div> se SI indicare il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici _____;
di aver procedimenti penali pendenti <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO </div> (barrare la casella interessata) se SI, indicare quali: _____;

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)

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento;

☐ SI ☐ NO
(barrare la casella interessata)

di essere stato destinatario di procedimento disciplinare nel corso degli ultimi due anni

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella interessata) se SI, indicare quali:

_____;

avere procedimenti disciplinari in corso

☐ SI ☐ NO
(barrare la casella interessata)

se SI, indicare la tipologia della sanzione prevista

_____;

essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione

☐ SI ☐ NO
(barrare la casella interessata)

essere in possesso del Diploma di **Laurea** in Medicina e Chirurgia

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

essere iscritto all'**albo dell'ordine dei Medici** della Provincia/Regione di

dal..... N° di Iscrizione

essere in possesso della seguente **specializzazione**:

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

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

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

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

essere in possesso **dell'anzianità di servizio** di anni
nella disciplina di come di seguito specificato:

.....
.....
.....
.....
.....

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

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

con rapporto a tempo: ☐ determinato ☐ indeterminato

tipologia: ☐ definito

☐ pieno

☐ impegno ridotto al _____% per ore _____ settimanali

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

P.O./Stabilimento Ospedaliero.....

di (località).....via.....

con interruzione dal servizio (*ad es per aspettative senza assegni*):

dal _____ al _____ motivo.....

(indicare esattamente la qualifica rivestita)

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.....

P.O./Stabilimento Ospedaliero.....

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)

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.....

Specifici corsi di formazione manageriale o Master Universitari (indicare primo/secondo livello - in caso di omessa indicazione sarà valutato come corso di formazione manageriale):

titolo

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

presso.....

contenuti del corso

titolo

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

presso.....

contenuti del corso

Esperienze professionali **attinenti** all'incarico da ricoprire:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☐ di essere portatore di handicap e, pertanto chiede di poter usufruire, ai sensi dell'art. 20 della legge 104/1992 e ss.mm.ii., durante le prove:

- a. dell'ausilio di _____ ;
- b. dei tempi aggiuntivi di _____ ;
- di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
- di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda ARES, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico;

Luogo, data _____

Firma _____

Allega alla presente:

- ☐ curriculum formativo e professionale redatto in formato europeo, datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazioni di _____ ;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà _____ ;
- ☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia di _____ ;
- ☐ elenco descrittivo, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati, numerato progressivamente;
- ☐ 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 ARES, 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 ARES, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

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