

## 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 indicare:

- l'ente organizzatore
- il titolo;
- la data;
- la durata in ore;
- se la partecipazione è in qualità di relatore, docente, o responsabile scientifico;
- 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);
- 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  
.....
- b. 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.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov.) 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 presso:  
Ente \_\_\_\_\_ (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.)  
con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
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)  
con impegno settimanale pari a ore \_\_\_\_\_, concluso per \_\_\_\_\_  
(eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...);

☐ ricorrono ☐ 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 presso:  
Ente \_\_\_\_\_ (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.)  
con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
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)  
con impegno settimanale pari a ore \_\_\_\_\_, concluso per \_\_\_\_\_  
(eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...);

☐ ricorrono ☐ 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)

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 la Asl Oristano, 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 ss.mm.ii., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda Regionale della Salute Sardegna, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

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

**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 \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_   
residente a \_\_\_\_\_ (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  
\_\_\_\_\_ ;

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 la Asl Oristano, 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 ss.mm.ii., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati alla Asl Oristano, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

(Luogo, data) \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante** \_\_\_\_\_