

**AL Commissario Straordinario
AZIENDA SANITARIA DI NUORO
Via Demurtas, 1
08100 - NUORO**

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO
QUINQUENNALE DI DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI "Direzione delle
Professioni Sanitarie"**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (Prov. __) il
_____, e residente in _____ (Prov. __) Via _____ (c. a. p. _____) n.
tel. _____, chiede di essere ammesso/a alla pubblica selezione, per titoli e colloquio, finalizzata alla
copertura di un incarico di direzione di struttura complessa di "Direzione delle Professioni Sanitarie2 .

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi **dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000)** dichiara che:

1) a) cittadinanza italiana o equiparata alla cittadinanza italiana stabilite dalle leggi vigenti o
cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea; sono ammessi anche coloro che siano in possesso
della cittadinanza di paesi terzi sulla base dei requisiti di cui a L.97/2013. I cittadini dello stato straniero
devono avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

(specificare) _____

è iscritto nelle liste elettorali del comune di (1) _____; di non
aver riportato condanne penali (2)

2) di godere dei diritti civili e politici (riferito allo Stato di appartenenza)

3) è in possesso di età non superiore ai limiti previsti dalla vigente legislazione per il mantenimento in
servizio;

4) di essere stato dichiarato fisicamente idoneo alle mansioni proprie del profilo di appartenenza e di non
aver comunque limitazioni al loro normale svolgimento;

5) per quanto riguarda gli obblighi militari la sua posizione è la seguente _____;

6) è in possesso del richiesto Diploma di Laurea V.O. Laurea Specialistica/Magistrale in
_____ conseguito in data _____ presso l'Università
_____ sede _____

7) di essere regolarmente iscritto all'Albo della provincia di _____, senza provvedimenti
disciplinari a carico, adottati dall'Ordine;

8) di essere in possesso del requisito seguente previsto nel bando dell'anzianità di servizio di anni _____

9) di essere in possesso dell'attestato manageriale in corso di validità conseguito in
data _____ presso _____

di non essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale.

10) non è stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, né è stato
dichiarato decaduto da altro impiego;

11) è in possesso dei seguenti titoli di preferenza di cui all'art. 5 del DPR 487/94 e successive
modificazioni ed integrazioni (3) _____;

12) ha un'adeguata conoscenza della lingua italiana

13) di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di strutture sanitarie pubbliche o private come segue:

(Utilizzare il seguente schema per elencare i propri servizi riproducendolo tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____ con inquadramento di _____ con incarico dirigenziale di _____

(indicare l'esatta tipologia dell'incarico)

15) di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura selettiva e dei conseguenti adempimenti, ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/2003.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni: (comune) _____
(via) _____ (c. a. p.) _____ (tel.) _____.

Data _____

FIRMA (non autenticata ai sensi dell'art. 39 D.P.R. n. 445/2000)

- 1) in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi;
- 2) in caso contrario, indicare la data del provvedimento e dall'autorità che lo ha emesso. Tale indicazione deve essere riportata anche sia stata concessa amnistia, indulto, condono perdono giudiziario o patteggiamento ;
- 3) allegare la dovuta documentazione;

AZIENDA SANITARIA DI NUORO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

**Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi
(Artt. 47 e 38 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 come modificato dall'art. 15 della L. N. 183/2011)**

(Da utilizzarsi per tutti gli stati, fatti e qualità personali non previsti dall'art. 46 DPR 445/2000.

Esempio: attività di servizio – incarichi libero professionali – attività di docenza – borse di studio ecc.)

Il/la sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

nato/a a _____ il _____
(Luogo) (Prov.)

residente a _____ in via _____ n° _____
(Luogo) (Prov) (indirizzo)

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal citato testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. (art. 76 D.P.R. 445/2000).

D I C H I A R A

di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di strutture sanitarie pubbliche o private oppure incarico libero professionale oppure attività di docenza oppure bora di studio etc. come segue:

(Utilizzare il seguente schema per elencare i propri servizi riproducendolo tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____ con inquadramento come dirigente medico – disciplina di _____ con incarico dirigenziale di _____

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno a impegno ridotto (ore sett. _____)

a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno a impegno ridotto (ore sett. _____)

Interruzioni dal servizio dal _____ al _____ per il seguente motivo _____

_____ li _____

Il Dichiarante

La presente dichiarazione è nel caso specifico presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38, comma 2, D.P.R. 445/2000).

AZIENDA SANITARIA DI NUORO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
alternativa all'autenticazione di copie
(ARTT. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)
(Conformità all'originale di copia o atto)

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi (ai

sensi dell'art. 19 e 47 DPR 445/2000 come modificato dall'art. 15 della L.183/2011)
Il/la sottoscritto/a

_____ (Cognome) _____ (Nome)
nato/a a _____ il _____
(Luogo) (Prov.)
residente a _____ in via _____ n° _____
(Luogo) (Prov) (indirizzo)

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal citato testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. (art. 75-76 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

Che l'__ seguent_ copi __ allegat__ alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale di direttore della struttura complessa di "Direzione delle professioni Sanitarie", è/sono conform__ all'originale:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
- 21 etc.

_____ li _____
Il Dichiarante

La presente dichiarazione è nel caso specifico presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38, comma 3, D.P.R. 445/2000).

Descrivere gli atti o documenti che si allegano in copia e indicare il luogo ove si trova ogni singolo originale allegato in copia.

**AZIENDA SANITARIA DI NUORO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 e 48 D.P.R. 445/2000 e art. 15 della L. 183/2011)**

Autocertificazione da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (prov.) _____

indirizzo _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal citato testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. (art. 75-76 D.P.R. 445/2000).

**DICHIARO QUANTO SEGUE
(STATI, FATTI E QUALITA' PERSONALI CHE POSSONO ESSERE AUTOCERTIFICATI)**

(luogo e data)

firma del dichiarante

La presente dichiarazione è nel caso specifico presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38, comma 3, D.P.R. 445/2000).