

**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** \_\_\_\_\_

