

- 10) di non essere stato destinatario di sanzioni disciplinari superiori al rimprovero scritto e non avere procedimenti disciplinari in corso riguardanti fattispecie da cui consegue, in caso di accertamento della responsabilità del dipendente, l'irrogazione di sanzione disciplinare superiore al rimprovero scritto; (1)
- 11) di non essere stati destinatario di sanzioni penali e non avere procedimenti penali in corso alla data di scadenza del bando; (2)
- 12) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, né di essere stati dichiarati decaduti da altro impiego (3);
- 13) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a precedenza o preferenza di cui all'art. 5 del DPR 487/94 e successive modificazioni ed integrazioni (4):
_____;
- 14) di accettare incondizionatamente 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. n. 196/2003.

Recapiti cui indirizzare eventuali comunicazioni: (comune) _____ (via)
_____ (c. a. p.) _____ (tel.) _____
indirizzo mail _____

Luogo e Data _____

FIRMA

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

-
- 1) in caso affermativo, specificare quali;
 - 2) in caso affermativo, specificare quali;
 - 3) in caso affermativo, specificare i motivi;
 - 4) in caso affermativo, specificare quali ed allegare i relativi documenti probatori.

N.B. Ai sensi dell'art. 15 della Legge 12.11.2011 n. 183, le certificazioni rilasciate dalla pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono sempre sostituite dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000; non potranno pertanto essere prese in considerazione certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni e da pubblici servizi, che, ove presentate, devono ritenersi nulle. Il candidato pertanto dovrà allegare le dichiarazioni sostitutive, utilizzando gli appositi allegati.

L'Azienda effettuerà idonei controlli a norma dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.200 n. 445 atti a verificare la veridicità e l'autenticità delle attestazioni prodotte, con l'applicazione, in caso di falsa dichiarazione delle sanzioni di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R.

N.B. Alla domanda il candidato dovrà allegare:

- Fotocopia documento di identità
- il nulla osta preventivo ed incondizionato al trasferimento per mobilità;
- il curriculum formativo e professionale redatto in carta semplice datato e firmato;
- Elenco, in carta semplice, dell'elenco dei documenti, delle pubblicazioni e dei titoli presentati.

Allegato B Fac-simile

Per dichiarare i Servizi prestati presso altre Pubbliche Amministrazioni o Strutture Private

(Nel caso in cui, per il numero di servizi prestati, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando l'ordine e indicando tutte le informazioni sotto richieste).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, 445)

Il/la sottoscritto/a C.F. n.
nato/a a
(.....) il...../...../..... residente a (.....) in via
..... n.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

1) di prestare (o aver prestato) servizio presso:

Ente(specificare se struttura pubblica o privata/convenzionata con S.S.N.) con sede in dal
(giorno/mese/anno) al(giorno/mese/anno), con la qualifica di
con rapporto di lavoro (dipendente/libero professionale/co.co.co./etc) a tempo
(determinato/indeterminato) con impegno settimanale pari a ore, concluso per (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro:scadenza del contratto, dimissioni, licenziamento);

- Ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n 761 del 1979 (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. n. 761 del 1979 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente).

2) di prestare (o aver prestato) servizio:

Ente(specificare se struttura pubblica o privata/convenzionata con S.S.N.) con sede in dal
(giorno/mese/anno) al(giorno/mese/anno), con la qualifica di
con rapporto di lavoro (dipendente/libero professionale/co.co.co./etc) a tempo
(determinato/indeterminato) con impegno settimanale pari a ore, concluso per (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro:scadenza del contratto, dimissioni, licenziamento);

- Ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n 761 del 1979 (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. n. 761 del 1979 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente).

Il/La Sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Sanitaria di Nuoro, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo, data

Il Dichiarante

Allegato C Fac-simile

Per dichiarare attività di insegnamento :

(Nel caso in cui, per il numero di servizi svolti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di avere prestato attività di insegnamento presso Istituti pubblici e/o scuole professionale del SSN:

Ente/Istituto	Anno Accademico	Materia	Ore

Di aver prestato attività di insegnamento in corsi di formazione privati:

Ente/Istituto	Corso/Materia	Totale ore

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutazione dei titoli suindicati.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Sanitaria di Nuoro, 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.

Luogo, data

Il Dichiarante

_____.

Allegato D Fac simile

Per dichiarare attività di aggiornamento e formazione

(Nel caso in cui, per il numero delle attività di aggiornamento svolte, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver partecipato alla seguente attività di formazione ed aggiornamento e di essere in possesso dei relativi attestati:

- Tipologia evento (specificare) corso congresso convegno _____
Titolo dell'evento _____
In qualità di relatore partecipante
Ente organizzatore: _____
Data evento: _____
Durata giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM si - no
Specificare se con test o esame finale si - no
- Tipologia evento (specificare) corso congresso convegno _____
Titolo dell'evento _____
In qualità di relatore partecipante
Ente organizzatore: _____
Data evento: _____
Durata giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM si - no
Specificare se con test o esame finale si - no
 - Tipologia evento (specificare) corso congresso convegno _____
Titolo dell'evento _____
In qualità di relatore partecipante
Ente organizzatore: _____
Data evento: _____
Durata giorni _____ ore _____
Specificare se l'attività formativa è ECM si - no
Specificare se con test o esame finale si - no

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda di Nuoro, 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.

Luogo, Data _____

Il Dichiarante _____

Allegato F Fac-simile

Per dichiarare il possesso di ulteriori titoli di studio (con esclusione di quelli già indicati nella domanda di partecipazione alla procedura in quanto richiesti dal bando).

(Nel caso in cui, per il numero di attestati conseguiti, non fossero sufficienti gli spazi predisposti nel presente documento, il candidato può utilizzare più moduli o allegare propria autocertificazione, redatta ai sensi del DPR 445/2000, rispettando e mantenendo l'ordine e la divisione in schemi sotto riportata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e di studio:

TITOLO	ENTE EROGATORE	Data conseguimento e durata
		/ ___ / ___ / ___ / Durata _____
		/ ___ / ___ / ___ / Durata _____
		/ ___ / ___ / ___ / Durata _____
		/ ___ / ___ / ___ / Durata _____
		/ ___ / ___ / ___ / Durata _____
		/ ___ / ___ / ___ / Durata _____
		/ ___ / ___ / ___ / Durata _____

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non valutazione dei titoli suindicati.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Sanitaria di Nuoro, 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.

Luogo, Data _____

Il Dichiarante _____