

ALLEGATO alla Delibera n. 1426 del 15/12/2009

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario

dell'Azienda USL n.8

Via Piero Della Francesca, 1 Loc. Su Planu

09047 Selargius – Cagliari

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ e domiciliat per la procedura in oggetto in \_\_\_\_\_(CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere ammess a partecipare alla mobilità pre-concorsuale regionale ed interregionale, per la copertura di **n. 2 posti di Dirigente Fisico disciplina Fisica Sanitaria.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00,

#### DICHIARA:

- di essere dipendente di ruolo a tempo indeterminato, nel profilo di **Dirigente Fisico disciplina Fisica Sanitaria** presso la seguente pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_;
- di essere stato assunto in data \_\_\_\_\_ e di aver superato il periodo di prova;
- di prestare servizio presso: Strutture / P.O. / Servizio/ \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;

- di essere attualmente titolare di incarico di \_\_\_\_\_ conferitomi dall'Azienda di appartenenza;
- di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo :
  - pieno
  - parziale, con percentuale lavorativa al \_\_\_\_\_% per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali;
- di aver effettuato negli ultimi tre anni n° \_\_\_\_\_ giorni di malattia;
- godimento benefici art. 33 L. 104/92 (barrare la casella interessata)
  - si (specificare per chi) \_\_\_\_\_
  - no
- godimento benefici art. 79 D. Lgs 267/2000 (componenti dei consigli comunali, provinciali, circoscrizionali) \_\_\_\_\_
  - si \_\_\_\_\_;
  - no
- di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- non aver in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso servizio presso Pubbliche Amministrazioni ovvero (specificare ipotesi contraria) \_\_\_\_\_;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/03;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Allega alla presente

- certificato di servizio con dati stipendiali.
- Curriculum formativo – professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio datato e firmato.

Data \_\_\_\_\_

Firma

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000)

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

D I C H I A R A

### ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- titoli accademici e di studio conseguiti (specializzazioni , master. Etc.)
- pubblicazioni e titoli scientifici (le pubblicazioni, esclusivamente edite a stampa, dovranno essere allegate).
- Partecipazione a corsi, convegni, etc. (indicare dettagliatamente tutti gli estremi necessari al fine di permettere una corretta valutazione degli stessi es. titolo dell'evento formativo, durata, ente erogatore dell'attività di formazione e/o aggiornamento).

### ESPERIENZA LAVORATIVA

(attestare dettagliatamente)

- Servizio prestato con la qualifica di \_\_\_\_\_presso (Ente)\_\_\_\_\_ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O. \_\_\_\_\_ con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ore, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- Servizio prestato con la qualifica di \_\_\_\_\_ con rapporto \_\_\_\_\_(co.co.co; co.co.pro ; lib.professionale/etc ) presso (Ente)\_\_\_\_\_ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

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 Usl n. 8, 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.

Cagliari, \_\_\_\_\_

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

\* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

Il presente allegato è composto  
di n° \_\_\_\_\_ fogli

Il Responsabile  
(Dott.ssa Patrizia Sollai)

ALLEGATO DELIBERAZIONE  
N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO      IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Gianluca Calabrò )      (Dott. Ugo Storelli )

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott. Emilio Simeone)