

ALLEGATO A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE  
( DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a Piccia Luigi nato/a a Sestu, (Prov. CA), il 01.03.1954 residente in viale della Repubblica 100, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA**

☒ di essere attualmente e con decorrenza dal 01.10.2006 in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale n° 8, in forza di contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, nel profilo professionale di dirigente medico Ex<sup>o</sup> Liv. nella disciplina di ORGANIZZ. SERV. SAN. di BASE con rapporto Esclusivo ( specificare se esclusivo/non esclusivo) e che la prestazione è stata ed è svolta ☒ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario ( da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito con indicazione del periodo) \_\_\_\_\_;

☐ di essere in possesso di un' anzianità di servizio nel profilo di ORGANIZZAZIONE SERV. SAN. di BASE di n° 5 anni, maturata come di seguito indicato ( compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto il cambiamento anche di uno dei dati richiesti) :

1. dal 28.12.1998 al 01.01.2006 nella posizione di dirigente medico nella disciplina di ORGANIZZ. SERV. SAN. di BASE presso Azienda USL n° 6 Sanluri ( specificare per esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN ) con rapporto di lavoro ☒ di ruolo/ a tempo indeterminato ☐ fuori ruolo/a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario ( da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito con indicazione del periodo) \_\_\_\_\_;

ALLEGATO A

2. dal 01.01.2006 al A tutt'oggi Aprile 2013 nella posizione di dirigente medico ex<sup>o</sup> Liv. nella disciplina di Organizz.<sup>te</sup> SERV. SAN. di BASE presso Asl 8 Cagliari ( specificare per esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN ) con rapporto di lavoro ☒ di ruolo/ a tempo indeterminato ☐ fuori ruolo/a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario ( da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito con indicazione del periodo) \_\_\_\_\_;
3. dal 01.12.1989 al 30.11.1991 nella posizione di Assistente Medico nella disciplina di Igiene Pubblica (<sup>equipollente</sup>) presso Usl 18 - SENORBI ( specificare per esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN ) con rapporto di lavoro ☐ di ruolo/ a tempo indeterminato ☒ fuori ruolo/a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta ☒ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario ( da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito con indicazione del periodo) \_\_\_\_\_;
4. dal 16.05.1992 al 23.11.1992 nella posizione di Assistente Medico nella disciplina di Igiene Pubblica (<sup>equipollente</sup>) presso Usl 18 di SENORBI ( specificare per esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN ) con rapporto di lavoro ☐ di ruolo/ a tempo indeterminato ☒ fuori ruolo/a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta ☒ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario ( da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito con indicazione del periodo) \_\_\_\_\_;
5. dal 24.11.1992 AL 27.12.1998 nella posizione di dirigente medico (i.i.33) di I° Liv. di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica in ruolo a tempo indeterminato.
- con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopradichiarati, che è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_

ALLEGATO A

al \_\_\_\_\_ ( indicare gg/mm/aa) ovvero che con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopradichiarati non è mai stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio.

☒ che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente ovvero \_\_\_\_\_

☒ che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non è stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero \_\_\_\_\_.

Di essere, pertanto, in possesso dell'anzianità di servizio richiesta per la partecipazione alla selezione pari a n° 23 anni.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, 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.

Cagliari, 25.04.2013

Il Dichiarante \* Luigi Ricceri

\* 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.**

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLE CERTIFICAZIONI DI SERVIZIO PRESSO  
AZIENDE/ ENTI DEL SSN.  
( DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il sottoscritto Picciau Luigi, nat o a Sestu (Prov. CA) il 01.03.54, residente in \_\_\_\_\_  
e domiciliat o per la procedura  
selettiva in \_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di  
dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del d.p.r. 445/00,

DICHIARA

- di aver maturato ulteriore un' anzianità di servizio **rispetto ai 5 anni richiesti quale requisito di ammissione** ( compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto un cambiamento dei dati richiesti ) :

1. dal 01.01.2006 al 25.04.2013 nel profilo di dirigente medico I° Liv.  
nella disciplina di ORGANIZZ. <sup>UE</sup> SERV. SAN. di BASE o nella disciplina equipollente di \_\_\_\_\_  
presso Asl 8 Cagliari ( specificare per esteso denominazione  
azienda / Azienda Ospedaliera / ente del SSN ) con rapporto di lavoro: ☒ di ruolo/ a  
tempo indeterminato ☐ fuori ruolo/ a tempo determinato e che la prestazione è stata  
svolta ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario ( da  
indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito) \_\_\_\_\_ e  
che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente \_\_\_\_\_;
2. dal 28.12.1998 al 01.01.2006 nel profilo di dirigente medico I° Liv.  
nella disciplina di Org. <sup>UE</sup> SERV. SAN. di BASE o nella disciplina equipollente di \_\_\_\_\_  
presso ASL 6 Sanluri ( specificare per esteso denominazione  
azienda / Azienda Ospedaliera / ente del SSN ) con rapporto di lavoro: ☒ di ruolo/ a tempo

ALLEGATO B

3. indeterminato ☐ fuori ruolo/ a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario ( da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito) \_\_\_\_\_ e che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente \_\_\_\_\_;
4. dal 24.11.1992 al 27.12.1998 nel profilo di dirigente medico I° Liv. nella disciplina di \_\_\_\_\_ o nella disciplina equipollente di Igiene Epid. S. Pubbli presso USL 18 SENORBIÈ DAL 01.10.95 ASL6 Salsomaggiore specificare per esteso denominazione azienda / Azienda Ospedaliera / ente del SSN ) con rapporto di lavoro: ~~di~~ di ruolo/ a tempo indeterminato ☐ fuori ruolo/ a tempo determinato e che la prestazione è stata svolta ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario ( da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito) \_\_\_\_\_ e che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente \_\_\_\_\_;
- con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopradichiarati, che è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ( indicare gg/mm/aa)
- ovvero
- con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopradichiarati che non ha fruito di periodi di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
- ☒ che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente ovvero \_\_\_\_\_
- ☒ che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non è stato destituito o dispensato dall'impiego ovvero \_\_\_\_\_

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

ALLEGATO B

Cagliari, 25.06.2013

Il Dichiarante \* Luigi Ricciarì

\* 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.

consapevole delle sanzioni penali  
cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate  
dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

☒ di essere/ essere stato titolare del seguente incarico a tempo determinato

incarico professionale), denominato IncARICO prof.<sup>NE</sup> Ad ALTA spec.<sup>NE</sup>, con decorrenza dal 30/12/2002 e fino al 30/12/2005 nella posizione di dirigente medico<sup>EX Liv.</sup> nella disciplina di ORGANIZZ<sup>NE</sup> SERV. SANITARI di BASE presso ASL6 SASSARI (specificare per esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN conferente e struttura preso cui è allocato l'incarico) e che al termine dello stesso ha conseguito valutazione positiva;

Responsabile Poliambulatorio (specificare Dipartimento/ struttura complessa/ struttura semplice/ incarico di alta professionalità), denominato Distretto oli Senorbì, con decorrenza dal 28/12/1998 e fino al 18/07/2002 nella posizione di dirigente medico I Liv. nella disciplina di Organizz<sup>ne</sup> SERV. SAN. oli Base presso Asl 6 Salsomaggiore ( specificare per esteso denominazione azienda sanitaria / azienda Ospedaliera / ente del SSN conferente e struttura presso cui è allocato l'incarico ) e che al termine dello stesso ha conseguito valutazione positiva;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, a seguito di controllo,

ALLEGATO D

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.

Cagliari, 25.05.2013

Il Dichiarante \* Luigi Ricciar

\* 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.**



**ALLEGATO F**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E DI FORMAZIONE. (DPR n° 445/2000)**

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int. Il/la sottoscritto/a Pierluigi Luigi nato/a a Sestri (Prov. CA), il 04.03.1954, residente in C.A.P., consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA**

- Di aver effettuato i seguenti soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina nelle seguenti strutture italiane o straniere (indicare, per ciascun periodo di soggiorno/ addestramento/ frequenza: denominazione completa della struttura, periodo di frequenza della stessa, finalità della frequenza e se inviati dall'Azienda di appartenenza mediante l'istituto del comando per aggiornamento)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	PERIODO DI FREQUENZA	FINALITÀ DELLA FREQUENZA	COMANDO (SI/NO)

- Di aver partecipato ai seguenti corsi, congressi, convegni e seminari ect. (specificare per ogni corso, congresso, convegno e seminario ect.: l'organizzatore, il titolo, il luogo e le date di svolgimento, se la partecipazione è intervenuta in qualità di relatore/docente o in qualità di discente e, con riguardo, ai corsi/seminari se si è sostenuto, qualora previsto, l'esame finale)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	DENOMINAZIONE PERCORSO FORMATIVO	RUOLO SVOLTO (PREPARARE SE RELATORE, DOCENTE, DISCENTE)	ESAME FINALE (SI/NO)
	<b>CEDDA</b>	Roma dal 16 al 18 ottobre 2002	I Livelli essenziali di assistenza sanitaria e il sistema dei DRG dopo l'accordo C. Sinto-Rapivini	DISCENTE	SI
	Azienda S.L. n. 2 Carabona	Cagliari 16-2-2012	Corso di Formazione per l'arrivo del sistema di sorveglianza paesi d'origine.	DISCENTE	SI
	ASL 8 Cagliari	Cagliari 10-06-2011 e 17-06-2011	Stile di vita e salute.	Discente	SI

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl 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, 05.04.2013 Il Dichiarante \* Pierluigi Luigi  
 \* 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.

ALLEGATO F

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO E DI FORMAZIONE. ( DPR n° 445/2000)**

Al sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/la sottoscritto/a Paola Luigi nato/a a Sestu (Prov. CA), il 03.10.54, residente in \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA**

- Di aver effettuato i seguenti soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina nelle seguenti strutture italiane o straniere ( indicare, per ciascun periodo di soggiorno/ addestramento/ frequenza: denominazione completa della struttura, periodo di frequenza della stessa, finalità della frequenza e se inviati dall'Azienda di appartenenza mediante l'istituto del comando per aggiornamento)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	PERIODO DI FREQUENZA	FINALITÀ DELLA FREQUENZA	COMANDO (SI/NO)

- Di aver partecipato ai seguenti corsi, congressi, convegni e seminari ect. ( specificare per ogni corso, congresso, convegno e seminario ect.: l' organizzatore, il titolo, il luogo e le date di svolgimento, se a partecipazione è intervenuta in qualità di relatore/docente o in qualità di discente e, con riguardo, ai corsi/seminari se si è sostenuto, qualora previsto, l'esame finale)

N.	DENOMINAZIONE ENTE O AZIENDA CHE ORGANIZZATO IL PERCORSO FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	DENOMINAZIONE PERCORSO FORMATIVO	RUOLO SVOLTO (PRECISARE SE RELATORE, DOCENTE, DISCENTE)	ESAME FINALE (SI/NO)
	<u>Azienda Sanitaria Locale n°8 Cagliari</u>	<u>Cagliari dal 15.10 al 18.10.12</u>	<u>L'Audit Clinico Duale Strumenti di Governo del Rischio Clinico</u>	<u>Discente</u>	<u>SI</u>

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 8, a seguito di controllo verificati 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, 25.04.2013

Il Dichiarante \* Paola Luigi

\* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto 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.

ALLEGATO G

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI DOCENZA.  
( DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a Picciau Luigi nato/a a Sestu, (Prov. CA), il 01.03.1954 residente in \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

DICHIARA

Di aver svolto attività didattica presso Usl 18 SENORBI - Scuola form<sup>professionale</sup> (specificare Università, Scuola di formazione SSN per il personale sanitario) nel A.A.A.S. 1992/93, nel corso di studio per il conseguimento di Infermiere Prof.<sup>Le</sup>, nella materia Neurologia, per n° 30 h. annuali;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl 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, 25.04.2013

Il Dichiarante \* Luigi Picciau

\* 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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI DOCENZA.  
( DPR n° 445/2000)

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a Picciau Luigina nata a Sestu, (Prov. CA), il 01.03.1954 residente in \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A

Di aver svolto attività didattica presso Usl 18 SENORBI - Scuola formazione prof. LE (specificare Università, Scuola di formazione SSN per il personale sanitario) nel A.A.A.S. 1990-91, nel corso di studio per il conseguimento di TECNICO dell'Ambiente, nella materia Fisica Applic. Igiene, per n° 30 h. annuali;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl 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, 25.04.2013

Il Dichiarante \*

Luigi Picciau

\* 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.**

ALLEGATO L

DICHIARAZIONE

RELATIVA ALLA TIPOLOGIA QUALI QUANTITATIVA DELLE PRESTAZIONI SVOLTE

Il/La sottoscritto/a Picciau Luigi nato/a a Sestu, (Prov. CA), il 01.03.1954 residente in

DICHIARA

1. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante, nel periodo

dal 01/01/2006 al 25/04/2013 presso la struttura operativa  
Distretto di SENORBI - Poliambulatorio SENORBI E MANDAS (indicare denominazione struttura) di  
ASL 8 CAGLIARI (indicare denominazione

Azienda enti del SSN cui appartiene la struttura operativa) sono le seguenti:

- Gestione attività specialistica ambulatoriale e Cup distrettuale.
- Gestione pratiche ricoveri extraregione.
- Gestione pratiche protesi - Ausili - Extra tariffario.
- Sostituzione direttore Distretto.
- Gestione personale infermieristico e amministrativo SERV. Med. di Base.

2. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante, nel periodo

dal 28/12/1998 al 31/12/2005 presso la struttura operativa  
ASL 6 SASSARI - Distretto SENORBI (indicare denominazione struttura) di  
ASL 6 SASSARI (indicare denominazione

Azienda enti del SSN cui appartiene la struttura operativa) sono le seguenti:

- Gestione attività spec. ambulatoriale e medicina generale
- Gestione pratiche protesi, Ausili - Extra tariffario,
- Gestione personale infermieristico e Amm.º O.S.S.B. E Guardie Mediche.

ALLEGATO L

3. che la tipologia quali quantitativa delle prestazioni svolte dal dichiarante, nel periodo  
dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ presso la struttura operativa  
\_\_\_\_\_, (*indicare denominazione struttura*) di  
\_\_\_\_\_ (*indicare denominazione*  
*Azienda enti del SSN cui appartiene la struttura operativa*) sono le seguenti:

Cagliari, 25.04.2013

Il Dichiarante \* Luigi Ricceri