

**SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE PARTECIPAZIONE****ASL n° 8 – CAGLIARI****AVVISO INTERNO PER CONFERIMENTO DI :**

- N. 1 incarico quinquennale di Responsabile della struttura complessa **“DISTRETTO 3 (QUARTU – PARTEOLLA) ;**
- N. 1 incarico quinquennale di Responsabile della struttura complessa **“DISTRETTO 4” (SARRABUS GERREI)**

affidenti al Dipartimento Coordinamento Distretti

In esecuzione della deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ adottata dal Direttore Generale, ai sensi degli art. 12 e 12 bis dei vigenti Regolamenti aziendali relativi all' Area della Dirigenza medica e veterinaria e all'Area della Dirigenza Sanitaria professionale Tecnica e Amministrativa adottati, rispettivamente con deliberazioni del Direttore Generale n.1311 e n.1312 del 11/10/2011, entrambi integrati con deliberazione n° 156 del 14/02/2012 e con deliberazione n°189 del 14/02/2014 e n.275 del 13.03.2014

**E' INDETTA SELEZIONE INTERNA**

per il conferimento di

- n. 1 incarico quinquennale di Responsabile della Struttura Complessa "Distretto 3 (Quartu – Parteolla)" afferente al Dipartimento Coordinamento Distretti .
- n. 1 incarico quinquennale di Responsabile della Struttura Complessa "Distretto 4" (Sarrabus-Gerrei)

affidenti al Dipartimento Coordinamento Distretti.

**ART. 1****REQUISITI GENERALI E SPECIFICI DI AMMISSIONE**

Sulla base di quanto disposto dall'art.3-sexies, D.Lgs. n° 502/1992 e succ. mod. e int. e dalla DGR 24/44 del 27.06.2013, alla selezione interna di cui al presente avviso sono ammessi a presentare domanda di partecipazione :

- a) i Dirigenti dell'azienda con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato inquadrati uno dei profili ricompresi nelle Aree della Dirigenza Medico-Veterinaria, della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica o Amministrativa ;
- b) i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta convenzionati da almeno dieci anni, ai sensi dell'articolo 8, comma 1 del d. lgs 502/92.

Fermo restando il possesso dei requisiti generali di ammissione alla procedura selettiva, elencati nel successivo art.7 rubricato "Presentazione delle domande", le due tipologie di candidati sopra indicate dovranno possedere, rispettivamente, i seguenti requisiti specifici di ammissione:

- a) **Dirigenti dell'azienda con rapporto di lavoro subordinato** a tempo indeterminato inquadrati in uno dei profili ricompresi nelle Aree della Dirigenza Medico- Veterinaria o della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica o Amministrativa:

1. essere dipendenti dell'ASL n° 8 di Cagliari con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;
2. aver maturato un'anzianità di servizio di 7 anni nel profilo di dirigente;
3. per i soli Dirigenti di area Sanitaria: essere in possesso di un diploma di specializzazione e avere rapporto di lavoro esclusivo ovvero, in assenza di specializzazione, avere un'anzianità di servizio di 10 anni nel profilo di dirigente;
4. aver maturato una specifica e documentata esperienza professionale nei servizi territoriali, come meglio dettagliati nell'art. 4 che segue, per un periodo non inferiore a 5 anni;
5. essere in possesso di un'adeguata formazione teorico-pratica, maturata anche sul campo, nell'organizzazione dei servizi territoriali;

b) **medici di medicina generale o pediatri di libera scelta convenzionati**, ai sensi dell'articolo 8, comma 1 del d. lgs 502/92, da almeno dieci anni

1. essere medici di medicina generale o pediatri di libera scelta convenzionati da almeno dieci anni;
2. essere convenzionati con l'Azienda n°8 di Cagliari alla data di scadenza dell'avviso;
3. aver maturato una specifica e documentata esperienza professionale nei servizi territoriali, come meglio dettagliati nell'art. 4 che segue, per un periodo non inferiore a 5 anni;
4. essere in possesso di un'adeguata formazione teorico-pratica, maturata anche sul campo, nell'organizzazione dei servizi territoriali.

I requisiti generali e i requisiti specifici di ammissione alla procedura selettiva devono essere posseduti alla data di scadenza dell'avviso.

Per quanto attiene l'**attestato di formazione manageriale**, si precisa che, fino all'espletamento del primo corso di formazione manageriale di cui all'art. 7, DPR n° 484/97, l'incarico di dirigente con responsabilità di direzione di struttura complessa è attribuito senza l'attestato di formazione manageriale, fermo restando l'obbligo di acquisire lo stesso nel termine e con le modalità indicate nell'art.15, comma 8 e art. 16 quinquies, D.Lgs. n. 502/92 e succ. mod. e int..

## **ART. 2 ESCLUSIONI**

La mancanza dei requisiti richiesti costituisce motivo di esclusione dalla selezione.

## **ART. 3 MODALITA' DI SELEZIONE AMBITI DI VALUTAZIONE**

Tenuto conto di quanto stabilito dall'art. 28, CCNL del 08.06.2000 di entrambe le Aree della Dirigenza del SSN, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 15 ter, D.Lgs. n° 502/1992 e succ. mod. e int. e nel rispetto dei vigenti Regolamenti aziendali, per stabilire l'idoneità dei dirigenti interessati e al fine dell'affidamento degli incarichi, l'Azienda acquisisce e valuta, le candidature correlandole al fabbisogno oggettivo e soggettivo definito con riguardo a ciascuna delle n° 2 Strutture Complesse, oggetto della presente selezione, e contenuti, rispettivamente, nell'Allegato 1 e 2 al presente avviso.

Si premette che, nel presente avviso, i riferimenti al possesso di "diplomi di specializzazione" e alla "disciplina" di specializzazione o di inquadramento giuridico e il riferimento alla natura esclusiva/non esclusiva del rapporto di lavoro, sono effettuati unicamente per i soli Dirigenti medici, veterinari o sanitari dipendenti dell'Azienda con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato.

L'Azienda, nell'affidamento degli incarichi e in relazione alla natura degli stessi, prenderà in considerazione, sulla base delle dichiarazioni rese dal candidato e della documentazione prodotta dallo stesso:

- il profilo dirigenziale di appartenenza o la posizione oggetto di convenzione di cui all'art.8, c. 1 del d. lgs 502/92 e ss.mm.ii.;
- la disciplina di appartenenza (per i soli Dirigenti medici, veterinari o sanitari dipendenti dell'Azienda con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato);
- le attitudini personali, capacità e competenze professionali, in relazione sia alle conoscenze specialistiche, sia all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi di natura gestionale e/o professionale svolti anche in altre Aziende ed Enti del SSN o del SSR, ovvero esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;
- in particolare, secondo quanto meglio esemplificato e richiesto nel successivo art.8, saranno, inoltre, oggetto di valutazione:
  - l'attività di servizio nel profilo e nella disciplina maturata in Aziende ed Enti del SSN o in altre amministrazioni pubbliche. Si precisa che non producono anzianità di servizio e non sono computabili a tale fine, i periodi di attività lavorativa svolta in base ad incarichi individuali, conferiti dalle amministrazioni pubbliche, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, previsti e disciplinati dall'art. 7, 6° co e ss., D.Lgs. n° 165/2001 e ss.mm.ii.;
  - le tipologie quali quantitative delle prestazioni svolte;
  - l'attività di studio, di aggiornamento, formazione e docenza;
  - gli incarichi di cui il candidato è stato o è titolare;
  - l'attività scientifica;
  - l'esito delle eventuali valutazioni conseguite dal dirigente.

Saranno oggetto di particolare valutazione:

- la **specifica e documentata esperienza professionale nei servizi territoriali**;
- l'adeguata formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali,

come meglio dettagliati nell'art .4 che segue, che dovranno emergere dalle specifiche categorie di valutazione che precedono.

Pertanto, le dichiarazioni di cui all'art.8 che segue, rese dal candidato, **devono essere particolarmente orientate a porre in evidenza i profili afferenti alla propria esperienza professionale nei servizi territoriali** e alla propria formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali.

L'ordine dei suddetti elementi di valutazione non determina rapporti di gerarchia o elementi di prevalenza o di preferenza tra gli stessi.

**Il suddetto elenco non è esaustivo e il candidato, in relazione ai fabbisogni definiti e propri degli incarichi oggetto del presente avviso, può indicare gli ulteriori titoli che ritenga rilevanti ai fini della valutazione. Tali titoli dovranno essere prodotti, esclusivamente, nelle forme indicate nei successivi articoli (dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dichiarazione sostitutiva di atto notorio).**

#### ART. 4

##### Esperienza professionale e formazione nei servizi territoriali

Nella presente selezione il possesso di **specificata e documentata esperienza professionale nei servizi territoriali** e di un'adeguata formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali, oltre a costituire requisito di ammissione costituisce anche elemento precipuo di valutazione per la definizione dell'idoneità/ inidoneità dei candidati in relazione ai fabbisogni.

Ai fini della valutazione della stessa, ferma l'ulteriore definizione dei criteri di valutazione di competenza della Commissione, si precisa che:

per "**Servizi territoriali**" si intendono, in linea di principio:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.
- d) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) l'attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- f) l'attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- g) l'attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
- h) l'attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- i) l'attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.
- j) la medicina scolastica;
- k) le attività territoriali, con particolare riferimento ai servizi alla persona, svolte nell'ambito del Dipartimento di salute mentale, del Dipartimento di prevenzione e del Dipartimento del farmaco;
- l) le funzioni e attività di indirizzo, governo e coordinamento esercitate e afferenti l'assistenza territoriale;
- m) le funzioni e attività svolte nell'ambito dei processi di integrazione ospedale-territorio.

## ART. 5

### MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA SELEZIONE

La procedura selettiva, sarà svolta dalla Commissione prevista dall'art.12 bis del Regolamento aziendale citato da ultimo integrato con deliberazione n°189 del 14/02/2014 e n.275 del 13.03.2014.

La Commissione accerta il possesso dei requisiti generali e specifici di ammissione in capo ai candidati.

I lavori della Commissione saranno articolati in due fasi:

- a. valutazione del curriculum, previa definizione da parte della Commissione dei criteri di valutazione tenuto conto del fabbisogno definito dall'azienda;
- b. svolgimento e valutazione del colloquio, previa definizione da parte della Commissione dei criteri di valutazione tenuto conto del fabbisogno definito dall'azienda

Il giudizio riferito al curriculum, sulla base delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e/o di atto notorio presentate dai candidati **in relazione agli ambiti di valutazione definiti nell'art. 3**, deve essere motivato in relazione agli elementi documentali che sono stati presi in considerazione e hanno contribuito a determinarlo.

La valutazione del curriculum precede il colloquio.



Nella valutazione del curriculum saranno tenute in particolare considerazione l'**esperienza professionale nei servizi territoriali e l'adeguata formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali**, collegate ai fabbisogni definiti per le strutture complesse "Distretto 3" e "Distretto 4".

Nella valutazione del curriculum è presa in considerazione, altresì, la produzione scientifica strettamente pertinente al fabbisogno definito, pubblicata su riviste italiane o straniere, caratterizzata da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché dal suo impatto sulla comunità scientifica.

Le pubblicazioni, strettamente attinenti le attività correlate agli incarichi da conferire, devono essere edite a stampa, devono essere allegare e prodotte in originale o in copia dichiarata conforme all'originale mediante utilizzo della dichiarazione sostitutiva di atto notorio prevista dall'art.8, lett. A , n°4 che segue del presente avviso.

Avuto riguardo a quanto definito nelle schede di definizione del fabbisogno e agli ambiti di valutazione descritti nell'art.3 che precede, il colloquio sarà, tra l'altro, diretto alla valutazione delle capacità e competenze professionali, attitudini personali, in relazione sia alle conoscenze specialistiche, sia all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi di natura gestionale e/o professionale svolti anche in altre Aziende ed Enti del SSN o del SSR, ovvero delle esperienze documentate di studio e ricerca del candidato nell'ambito dell'**esperienza professionale nei servizi territoriali** e della formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali come dettagliati nell'art.4 che precede; il colloquio farà anche riferimento alle esperienze professionali documentate, e tenderà ad accertare le capacità gestionali, organizzative e di direzione del candidato stesso con riferimento agli incarichi messi a selezione.

La Commissione, al termine della procedura di valutazione del curriculum e del colloquio, esplicita la sua determinazione **in un giudizio complessivo motivato** pervenendo alla formulazione di un giudizio di idoneità o non idoneità all'incarico.

La Commissione non perverrà, né direttamente, né indirettamente, alla formulazione di una graduatoria.

La scelta del candidato cui conferire l'incarico è effettuata, congiuntamente, dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo; la scelta è effettuata tra i candidati che la Commissione abbia valutato idonei sia in relazione al Curriculum, sia in relazione al Colloquio.

L'affidamento dell'incarico è effettuato con atto del Direttore generale e si perfeziona con la stipulazione del relativo contratto individuale che definisce la data di decorrenza dello stesso secondo quanto previsto dal successivo art.10.

## ART 6

### CONVOCAZIONE FORMALE PER LO SVOLGIMENTO DEL COLLOQUIO

I candidati che presenteranno la domanda di partecipazione alla selezione di cui al presente avviso sono convocati per lo svolgimento del colloquio il giorno \_\_\_\_\_, alle h. \_\_\_\_\_, presso la sede amministrativa dell'Asl n° 8 di Cagliari sita in Via Piero della Francesca n° 1 Selargius.

In tale data sarà fornita comunicazione dell'ammissione/esclusione alla selezione.

I candidati dovranno presentarsi muniti di valido documento di identità personale.

## ART.7

### PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di ammissione alla selezione dovrà essere presentata **utilizzando l'apposito fac simile** allegato al presente avviso.

La domanda dovrà essere redatta in carta semplice.

Ai sensi degli art. 46 e 47 , DPR n° 445/2000 e succ. mod. e int., gli aspiranti, premessa la dichiarazione di consapevolezza delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR n°445/00, debbono dichiarare, sotto la propria responsabilità e a pena di esclusione, i dati anagrafici e il possesso dei requisiti di ammissione di seguito elencati:

1. cognome, nome, data, luogo di nascita, il codice fiscale;
2. la residenza, con l'esatta indicazione del numero di codice di avviamento postale, nonché un recapito telefonico;
3. il possesso della cittadinanza italiana o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea;
4. il godimento dei diritti civili e politici, indicando il Comune nelle cui liste elettorali si è iscritti, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
5. di non aver riportato condanne penali ovvero le eventuali condanne penali riportate (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale);
6. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero i carichi penali pendenti di cui si è a conoscenza;
7. di essere in possesso della piena idoneità fisica al servizio nel profilo di Dirigente ;
8. di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 53, D.Lgs. 30.03.2001, n. 165 e ss.mm.ii;
9. di essere dipendente della ASL 8 di Cagliari in qualità di dirigente specificando il profilo di appartenenza con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e con rapporto di lavoro esclusivo/non esclusivo (solo per i dirigenti sanitari) ovvero di essere **medico di medicina generale o pediatra di libera scelta convenzionato con la ASL 8**, ai sensi dell'articolo 8, comma 1 del d. lgs 502/92, da almeno dieci anni;
10. di possedere il diploma di laurea richiesto per l'accesso al profilo di attuale inquadramento;
11. di essere iscritto all'Albo professionale (per i dirigenti medici, veterinari, sanitari e professionali e per i medici convenzionati e pediatri di libera scelta);
12. il possesso del diploma di specializzazione ovvero di non essere in possesso di diploma di specializzazione e in luogo di questo di avere un'anzianità di servizio di 10 anni nel profilo di dirigente (per i dirigenti medici, veterinari e sanitari);
13. di essere in possesso dei requisiti di ammissione alla selezione come meglio specificati nell'apposita fac simile di domanda formulata nella forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio;
14. di aver allegato alla domanda le dichiarazioni rese ai termini degli artt. 46 o 47, DPR n° 445/2000 e succ. mod. e int. indicate nel successivo art.8, sempre che in capo al dichiarante ricorrano le specifiche ipotesi indicate nella singola dichiarazione;
15. di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio:
  - a. dall'UOC Personale il certificato di servizio e dalla UOC Cure Primarie le certificazioni attestanti lo status di Medico di medicina generale o di Pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art.8, c.1 del d. lgs 502/92;
  - b. le schede di valutazione presenti nell'archivio delle valutazioni (custodito dalla UOC Sviluppo organizzativo e valutazione del personale) relative ai periodi di servizio prestati presso la ASL 8 o, se pervenuti, anche presso altre aziende o enti.
16. di aver/non aver maturato altri periodi di servizio o di attività in convenzione presso enti del SSN oltre a quelli elencati nei suddetti **certificati di servizio** della ASL n° 8;
17. di non aver conseguito altre schede di valutazione oltre quelle presenti nell'archivio di cui al punto 15, lett. b. che precede;
18. il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n° 196/03).

19. il domicilio presso il quale deve, a ogni effetto, essere trasmessa ogni necessaria comunicazione inerente la selezione e l'impegno a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito. In caso di mancata indicazione vale, a ogni effetto, la residenza di cui al precedente punto 2) del presente articolo.

20. di non trovarsi nelle situazioni di inconfiribilità di cui al d. lgs 39/2013.

L'omissione delle dichiarazioni di cui ai precedenti punti n.5 e n.6 della domanda di ammissione sarà considerata come il non aver riportato condanne penali e/o il non avere carichi penali pendenti, fatto salvo il successivo accertamento d'ufficio della veridicità della dichiarazione.

## ART. 8 DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Ai sensi del DPR n° 445/2000 e ss.mm.ii., come da ultimo modificato dall'art. 15, della L.12/11/2011, n°183, *"Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi, i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47 (Dichiarazioni sostitutive di certificazioni e Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà)"*, al disposto normativo consegue, pertanto, che:

- **alle Amministrazioni pubbliche è fatto divieto** di richiedere e di accettare i certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza;
- nei rapporti con gli organi della Pubblica amministrazione, **i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà di cui agli articoli 46 e 47, DPR n° 445.**

Alla luce di quanto disposto dalle suddette norme di legge, alla domanda di partecipazione alla selezione, che è formulata, nella forma della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, **i candidati non possono allegare certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati da pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza.**

Si precisa, ulteriormente, che qualora il candidato allegi alla domanda di ammissione certificati in originale o in copia autenticata, **per l'Azienda sussiste il divieto di accettarli e l'eventuale accettazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio**, a termini dell'art. 74, DPR n° 445/2000 e succ. mod. e int. Pertanto, le informazioni e i dati contenuti nelle suddette certificazioni eventualmente allegate alla domanda **non saranno presi in considerazione a nessun fine.**

Il candidato dovrà prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio dalle competenti unità operative dell'ASL 8 le certificazioni attestanti i servizi con rapporto di lavoro dipendente o in regime di convenzione prestati dallo stesso come risultanti dagli archivi dell'ASL 8.

Si precisa che **qualora i certificati emessi dalle unità operative competenti della ASL 8 non includano eventuali periodi di servizio prestati presso altri enti del SSN, il candidato dovrà allegare alla domanda l'apposita dichiarazione di cui Allegato A** al presente avviso.

I candidati **dovranno**, invece, allegare alla domanda di ammissione:

- A. le seguenti dichiarazioni, rese a termini degli artt.46 e 47 DPR n° 445, redatte utilizzando gli appositi fac - simile allegati al presente avviso, **sempre che in capo al dichiarante ricorrano le specifiche ipotesi indicate nel fac simile della singola dichiarazione:**

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa ai periodi di servizio prestati nel profilo a selezione presso Aziende ed Enti ricompresi nel Comparto del SSN presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio **non risultanti dal certificato di servizio rilasciato dalla ASL n° 8 (Allegato A), indicando, per ciascun periodo:**
  - a) la denominazione completa dell'Azienda/ Ente del SSN presso cui il servizio è stato prestato;
  - b) il profilo, le posizioni funzionali, le qualifiche attribuite, la disciplina o la struttura organizzativa nella quale il servizio è stato prestato;
  - c) le date iniziali e terminali del relativo periodo di attività;
  - d) la circostanza che l'assunzione sia stata disposta in ruolo/a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo/a tempo determinato;
  - e) la circostanza che il servizio sia stato prestato con rapporto di lavoro esclusivo o non esclusivo precisando i periodi;
  - f) la circostanza che la prestazione è stata svolta a tempo pieno/a tempo parziale/a tempo definito con indicazione, in tali ultime due ipotesi, dell'orario di lavoro prestato;
  - g) con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/a tempo indeterminato: indicazione dei periodi di collocamento in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio ovvero di non aver fruito, nel corso del singolo periodo di servizio, di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
  - h) le cause di risoluzione dei singoli rapporti di lavoro.
2. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle certificazioni di servizio rilasciate da altre Pubbliche amministrazioni, non ricomprese nell'ambito del Comparto del SSN, presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio nel profilo a selezione (**Allegato B**), **indicando, per ciascun periodo:**
  - a) la denominazione completa della Pubblica amministrazione presso cui il servizio è stato prestato;
  - b) il profilo, le posizioni funzionali, le qualifiche attribuite e l'eventuale disciplina nella quale il servizio è stato prestato;
  - c) la data iniziale e terminale del relativo periodo di attività;
  - d) la circostanza che l'assunzione sia stata disposta in ruolo/a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo/a tempo determinato;
  - e) con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/a tempo indeterminato: indicazione dei periodi di collocamento in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio ovvero di non aver fruito nel corso del singolo periodo di servizio di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
  - f) le cause di risoluzione del singolo rapporto di lavoro.
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa agli incarichi professionali, anche di alta specializzazione o di struttura semplice o di struttura semplice dipartimentale o di struttura complessa o di Dipartimento, previsti dal d. lgs 502/92 e ss.mm.ii. e dai vigenti CC.CC.NN.LL., di cui si è avuta la titolarità nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN presso i quali si è svolta attività di servizio (**Allegato C**), con indicazione:
  - a) della denominazione del singolo incarico;
  - b) della denominazione completa dell'Azienda/Ente del SSN che ha conferito l'incarico, della sede e dell'allocazione dello stesso nell'ambito dell'organizzazione aziendale;

- c) del periodo (gg/mm/aa iniziale e finale) di svolgimento del singolo incarico;
  - d) degli eventuali esiti delle valutazioni concernenti il singolo incarico.
4. dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale delle copie di ciascuna delle pubblicazioni (**Allegato D**) allegata alla domanda, con indicazione, per ciascuna pubblicazione, del titolo, della rivista in cui è intervenuta la pubblicazione, di tutti gli estremi della stessa e se trattasi di pubblicazione monografica o in collaborazione con altri autori. Le pubblicazioni, per essere oggetto di valutazione, devono essere sempre allegata in originale o secondo la forma sopraindicata.
  5. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di aggiornamento e formazione svolte nell'organizzazione dei **servizi territoriali (Allegato E)**, tra cui, a titolo esemplificativo,:
    - a) soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti gli incarichi messi a selezione; i soggiorni di studio o di addestramento valutabili sono quelli svolti in strutture italiane o estere con indicazione, per ciascun periodo di soggiorno/ addestramento/ frequenza, della denominazione completa della struttura, del periodo di frequenza della stessa (gg/mm/aaaa), della finalità della frequenza e se inviati dall'Azienda di appartenenza mediante l'istituto del comando per aggiornamento;
    - b) partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari etc, con indicazione, per ogni corso, congresso, convegno e seminario etc.: dell'organizzatore, del titolo dell'evento, del luogo e della/e data/e 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;
    - c) formazione e aggiornamento sul campo.
  6. dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di docenza (**Allegato F**) svolte presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione dell'AA/AS, delle materie insegnate e delle ore di insegnamento;
  7. dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio (**Allegato G**), (diplomi di laurea, diplomi di specializzazione, etc...) con indicazione della denominazione del titolo, dell'Università presso cui è stato acquisito, della data del conseguimento e della durata legale del corso di studi;
  8. dichiarazione sostitutiva di atto notorio e/o di certificazione relativa a specifiche esperienze, attività professionali, e ulteriori titoli che presentino rilievo ai fini del conferimento dell'incarico (**Allegato H**) con indicazione sia delle aziende e/o strutture presso le quali detti titoli sono stati maturati o acquisiti, sia dei periodi di conseguimento degli stessi, degli eventuali atti o altra documentazione che lo attesta, sia delle eventuali funzioni o ruoli svolti. In tale dichiarazione dovrà essere esposta anche la **specificata esperienza professionale nei servizi territoriali**.
  9. dichiarazione sostitutiva di atto notorio e/o di certificazione relativa alle valutazioni conseguite presso altre aziende o enti e non presenti nell'archivio delle valutazioni aziendali (**Allegato I**)

## **B. copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.**

Poiché le amministrazioni pubbliche sono tenute a verificare le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di acquisire tutti i dati e i documenti oggetto di dichiarazione che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, **è indispensabile che il candidato, indichi in maniera completa gli elementi indispensabili, richiesti e indicati nel testo delle diverse dichiarazioni, per l'individuazione della Pubblica Amministrazione presso cui operare la richiesta di verifica, in quanto depositaria delle informazioni oggetto di dichiarazione.**

Si precisa che:

1. costituirà oggetto di valutazione solo quanto dichiarato nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto notorio e/o di certificazione (fatta eccezione per le pubblicazioni presentate in originale, o per gli originali di attestazioni rilasciate da soggetti diversi da enti pubblici o gestori di pubblici servizi). Pertanto, la Commissione non potrà basare le proprie valutazioni su documentazione o dichiarazioni presentate in forme differenti da quelle sopra indicate.
2. le certificazioni relative ai periodi di servizio in qualità di dipendente o di medico convenzionato, le schede di valutazione presenti nell'archivio delle valutazioni individuali della UOC Sviluppo organizzativo e valutazione del personale saranno acquisite d'ufficio dai competenti uffici della ASL 8.

#### **ART. 9 INVIO DELLE DOMANDE**

Le domande di partecipazione alla selezione, redatte in carta semplice, dovranno essere inviate alla ASL n° 8 di Cagliari – S.C. Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Via Piero della Francesca, 1 – Loc. Su Planu - 09047 Selargius (CA), esclusivamente a mezzo raccomandata postale con avviso di ricevimento: a tal fine farà fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante.

Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine di scadenza è prorogato al primo giorno non festivo.

Con riferimento alle domande pervenute, farà fede la data risultante dal timbro postale di spedizione e saranno comunque ammesse solo quelle pervenute all'Azienda entro gli 8 giorni successivi la data di scadenza del bando.

Non saranno esaminate le domande inviate oltre i termini di scadenza come sopra determinati.

Scaduto il termine utile per la presentazione della domanda, non è ammessa la produzione di ulteriori documenti, pubblicazioni, ecc.,.

L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore, né per mancata restituzione dell'avviso di ricevimento in caso di spedizioni per raccomandata.

#### **ART. 10 TRATTAMENTO GIURIDICO/ECONOMICO**

Come previsto dall'art.13, CCNL di entrambe le Area della Dirigenza del SSN, sottoscritti in data 08/06/2000 e ribadito dall'art. 4, CCNL di entrambe le Aree sottoscritto in data 06/05/2010, l'incarico sarà conferito a seguito di sottoscrizione del relativo contratto individuale di conferimento dello stesso e con la decorrenza ivi indicata.

La decorrenza dell'incarico, le modalità e le condizioni che regoleranno il rapporto di lavoro sono stabilite nel contratto individuale di lavoro che sarà stipulato, previa acquisizione della documentazione di rito, entro 30 gg. dalla intervenuta comunicazione del conferimento dello stesso al dirigente individuato.

Qualora l'incarico sia conferito a un Dirigente dipendente dell'Azienda con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, con il medesimo sarà stipulato il solo contratto a tempo determinato di conferimento

dell'incarico di Direttore di Distretto che accede al contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato già in essere. Il rapporto di lavoro dovrà essere di tipo esclusivo per l'intera durata dell'incarico.

Qualora l'incarico sia conferito a un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta convenzionato, dovrà essere in precedenza adottato il provvedimento di sospensione dello stesso dalle attività di medicina generale o di pediatria di libera scelta ai sensi, rispettivamente, dell'art. 18, co. 2°, lett. b), ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 27/05/2009 e dell'art. 18, co. 3°, lett. b), ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 27/05/2009. Con il medico incaricato sarà stipulato un contratto di assunzione con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato ed esclusivo avente durata coincidente con l'incarico di Direttore di Distretto e di contestuale conferimento, a tempo determinato, dell'incarico di Direttore di Distretto.

A termini dell'art.3 sexies co. 3, D.lgs. n° 502/1992 e succ. mod. e int. qualora l'incarico sia conferito a un Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta convenzionato, l'azienda provvederà al contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

Ai sensi dell'art.15, co.7 *ter*, D.Lgs. n° 502/1992 e succ. mod. e int, l'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base della valutazione di cui al comma 5 del sopraccitato art. 15, D.Lgs. n° 502/1992.

Il trattamento giuridico ed economico dell'incarico affidato è quello previsto dai CC.CC.NN.LL. nel tempo vigenti per le Aree di contrattazione della dirigenza del SSN, da corrispondere con cadenza mensile.

Ai sensi dell'art. 15, comma 1, D. Lgs. 502/1992 e sulla base del sistema aziendale di graduazione delle funzioni dirigenziali, vigente alla data di sottoscrizione del contratto, la retribuzione di posizione connessa all'incarico è determinata, ai sensi :

- per l'area della Dirigenza medica e veterinaria del SSN, dell'art. 51, commi 1 e 2 del CCNL 05/12/1996 come integrato dall'art. 26 del CCNL 08/06/2000 e dall'art. 24, comma 9 CCNL 03/11/2005 e come confermato dall'art. 6 del CCNL 17/10/2008;
- per l'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa , dall'art. 50, co. 1° e 2°, CCNL 05/12/1996, come integrato dall'art. 26, CCNL 08/06/2000 e dall'art. 24, co. 11°, CCNL 03/11/2005, e come confermato, dall'art. 6, CCNL 17/10/2008.

Non avendo ancora avuto completa applicazione il nuovo sistema di pesatura previsto dal nuovo regolamento aziendale per la graduazione degli incarichi, il contratto determinerà il peso dell'incarico in oggetto in via provvisoria.

Il peso dell'incarico potrà essere rideterminato, anche prima della scadenza dello stesso, a seguito dell'applicazione del nuovo sistema di graduazione delle funzioni dirigenziali e sulla base di quanto da quest'ultimo stabilito.

A seguito dell'applicazione del nuovo sistema di graduazione delle funzioni dirigenziali, la retribuzione di posizione potrà essere confermata o rideterminata in conformità col "peso" attribuito all'incarico, secondo quanto stabilito dal medesimo sistema. La conferma o variazione del peso attribuito all'incarico e della conseguente e correlata retribuzione di posizione saranno oggetto di specifica comunicazione al dirigente.

La decorrenza dell'incarico, le modalità e le condizioni che regolano il rapporto di lavoro saranno stabilite in sede di stipula del contratto individuale di conferimento dell'incarico che, previa acquisizione della documentazione necessaria, dovrà essere sottoscritto, a termine dell'art. 24, co. 6°, CCNL 03/11/2005, e a pena di decadenza, entro 30 giorni dal ricevimento di apposita comunicazione aziendale di conferimento dell'incarico.

## **ART. 11 MODIFICA, SOSPENSIONE E REVOCA DELL'AVVISO**

L'Amministrazione si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di prorogare, sospendere, revocare, in tutto o in parte, modificare o ritirare il presente bando a suo insindacabile giudizio, senza l'obbligo della comunicazione, ai singoli interessati, del relativo provvedimento.

## **ART. 12 TUTELA DELLA PRIVACY**

Al fine di dar corso alla selezione sono richiesti ai candidati dati anagrafici e di stato personale, nonché quelli relativi al curriculum scolastico e professionale.

Tali dati sono finalizzati a valutare l'idoneità agli incarichi di cui alla presente selezione e saranno pubblicati sul sito aziendale – sezione Amministrazione trasparente..

Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici e automatizzati e comunque mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Il D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 stabilisce i diritti dei candidati in materia di tutela rispetto al trattamento dei dati personali.

Qualora il candidato non sia disponibile a fornire i dati e la documentazione richiesti dal presente avviso e non autorizzi il trattamento degli stessi e la pubblicazione degli elementi, documenti previsti dalle norme di legge e regolamento vigenti (es. curriculum), il processo di selezione non potrà essere svolto nei suoi confronti.

I dati risultanti da ciascuna domanda di partecipazione alla selezione e dalla documentazione alla stessa allegata potranno essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.

## **ART. 13 ACCESSO AGLI ATTI DELLA SELEZIONE E PUBBLICITA'**

L'accesso alla documentazione attinente la presente selezione sarà consentito a conclusione del procedimento stesso.

Gli obblighi di pubblicità nei confronti di tutti i partecipanti alla procedura selettiva saranno assolti con la pubblicazione sul sito internet aziendale della deliberazione di presa d'atto del verbale e di conferimento dell'incarico e dei documenti previsti dalle norme vigenti anche in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione (verbali della commissione, schede di valutazione, dichiarazioni sostitutive, curriculum, etc.).

## **ART. 14 NORME FINALI**

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si rinvia alle disposizioni vigenti in materia.

Ogni ulteriore informazione o copia dell'avviso potranno essere richieste alla S.C. Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Via Piero della Francesca, 1 – Loc. Su Planu – 09047 Selargius (CA). Tel. 070/6093288 o sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it).

Il Direttore Generale  
Dott. Emilio Simeone

FAC SIMILE DOMANDA

Alla ASL n° 8 di Cagliari  
UOC Servizio Sviluppo Organizzativo e  
Valutazione del Personale -  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nat. a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
e domiciliat. per la procedura selettiva in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Tel. n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammess. a partecipare alla selezione interna per il conferimento di n. 1 incarico quinquennale di Dirigente - Responsabile della Struttura Complessa " Distretto 3 ( Quartu – Parteolla)" afferente al Dipartimento Coordinamento Distretti .

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 (barrare le singole caselle):

- di essere cittadino \_\_\_\_\_;
- di godere dei diritti civili e politici essendo iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto/di essere stato cancellato dalle liste elettorali in quanto \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero di essere a conoscenza dei seguenti carichi penali pendenti \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della piena idoneità fisica al servizio nel profilo di Dirigente ;
- di essere in possesso del diploma di Laurea in \_\_\_\_\_, conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, al n° \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione alla selezione previsti per i dirigenti dipendenti della ASL n° 8:
  - di essere attualmente dipendente a tempo indeterminato della ASL n° 8 di Cagliari ;
  - nel profilo di Dirigente \_\_\_\_\_;
  - di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( *solo per i dirigenti sanitari* )
  - di non essere in possesso del diploma di specializzazione e di essere in possesso di un'anzianità di servizio di 10 anni nel profilo di dirigente;
  - di avere rapporto di lavoro esclusivo (*solo per i dirigenti sanitari*);

- di essere in possesso di 7 anni di anzianità di servizio in qualità di Dirigente \_\_\_\_\_ maturati nell'ambito di Aziende e Enti del Comparto del SSN.
- di aver maturato una specifica e documentata esperienza professionale per un periodo non inferiore a 5 anni nei servizi territoriali, come risulta dalla documentazione allegata;
- essere in possesso di un'adeguata formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali come risulta dalla documentazione allegata;
- per i medici di medicina generale o pediatri di libera scelta convenzionati con la ASL n° 8 :
  - di essere medico di medicina generale convenzionato da almeno 10 anni;
  - di essere pediatra di libera scelta convenzionato da almeno 10 anni;
  - essere convenzionato con l'Azienda n° 8 di Cagliari alla data di scadenza dell'avviso;
  - di aver maturato una specifica e documentata esperienza professionale nei servizi territoriali, per un periodo non inferiore a 5 anni, come risulta dalla documentazione allegata;
  - essere in possesso di un'adeguata formazione nell'organizzazione dei servizi territoriali, come risulta dalla documentazione allegata;
- di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio il proprio certificato di servizio o il certificato di servizio in qualità di medico di medicina generale o pediatra di libera scelta convenzionati ;
- di prendere atto che l'Azienda acquisirà d'ufficio le schede di valutazione presenti nell'archivio valutazioni (custodito dalla UOC Sviluppo Org. e Valutazione del personale ) relative a periodi di servizio prestati presso la ASL 8 o , se pervenute, anche presso altre Aziende ed Enti (*solo per il personale dipendente* );
- di aver/non aver maturato altri periodi di servizio o di attività in convenzione presso enti del SSN oltre a quelli elencati nel suddetto certificato di servizio della ASL n° 8, che sarà acquisito d'ufficio;
- di non aver conseguito altre schede di valutazione oltre quelle presenti nell'archivio di cui al punto 15, lett. b. che precede;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità prevista dall'art. 53, D.Lgs. 30.03.2001, n° 165 e ss.mm.ii ovvero di trovarsi nella seguente situazione di incompatibilità \_\_\_\_\_;
- di non trovarsi in nessuna delle condizioni di inconferibilità previste dal D.Lgs. 8/04/2013, n° 39 ovvero di trovarsi nella seguente situazione di inconferibilità \_\_\_\_\_;
- di accordare il consenso, ai sensi del D.Lgs. 196/03, affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti previsti da obblighi di legge.

Essendo a conoscenza del divieto per le Amministrazioni pubbliche di richiedere e di accettare i certificati e gli atti di notorietà, in originale o in copia autenticata, rilasciati da Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti di cui l'interessato sia a diretta conoscenza previsto dal DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int. e come da ultimo modificato dall'art. 15 della L. 12/11/2011, n°183, si allegano alla domanda le seguenti dichiarazioni, rese ai termini degli artt. 46 o 47, DPR n° 445/2000 e succ. mod. ed int., previste nell'art. 5 dell'avviso di selezione e precisamente (*barrare le dichiarazioni allegate alla domanda di partecipazione*):

- dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa alle certificazioni di servizio rilasciata dalle Aziende ed Enti ricompresi nel Comparto del SSN presso cui si è svolta e maturata anzianità di servizio o attività in convenzione nel profilo a selezione non ricompresi nel certificato di servizio rilasciato dalla ASL n° 8 (**Allegato A**);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa ai servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni non ricomprese nel comparto del SSN (**Allegato B**);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio relativa agli incarichi professionali, anche di alta specializzazione o di struttura semplice o di struttura semplice dipartimentale o di struttura complessa o di Dipartimento, previsti dal D.Lgs. n° 502/1992 e ss.mm.ii. e dai vigenti CC.CC.NN.LL. di cui si è avuta la titolarità nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN presso i quali si è svolta attività di servizio (**Allegato C**);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale delle copie di ciascuna delle pubblicazioni allegata alla domanda, con indicazione, per ciascuna pubblicazione, del titolo, della rivista in

cui è intervenuta la pubblicazione, di tutti gli estremi della stessa e se trattasi di pubblicazione monografica o in collaborazione con altri autori **(Allegato D)**;

- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di aggiornamento e formazione svolte **(Allegato E)**;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa alle attività di docenza svolte **(Allegato F)**;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso di ulteriori titoli di studio **(Allegato G)**;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto notorio , relativa a specifiche esperienze, attività professionali e ulteriori titoli che presentino rilievo ai fini del conferimento dell'incarico **(Allegato H)**;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa alla conformità all'originale delle schede di valutazione conseguite presso altre aziende o enti e non presenti nell'archivio delle valutazioni aziendali ( **Allegato I** ) .

Le comunicazioni relative alla selezione dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Oltre alle sopra elencate dichiarazioni, si allega alla presente domanda :

- elenco della documentazione presentata
- **n. 1 fotocopia di un documento di identità in corso di validità**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CERTIFICAZIONI RELATIVE AI SERVIZI PRESTATI PRESSO  
AZIENDE/ ENTI DEL SSN NON RISULTANTI NEL CERTIFICATO DI SERVIZIO RILASCIATO DALLA ASL N° 8.  
(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.

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

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

A. che, oltre all'anzianità di servizio risultante dalle certificazioni rilasciate dalla ASL n° 8 di Cagliari, il sottoscritto ha maturato ulteriore anzianità di servizio presso le seguenti Aziende o Enti del SSN (compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto un cambiamento dei dati richiesti) :

1. ASL/Azienda Ospedaliera / Ente del SSN \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);

- a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- b. nel profilo di \_\_\_\_\_
- c. nella disciplina di \_\_\_\_\_\* ovvero nella disciplina equipollente di \_\_\_\_\_;
- d. presso la struttura operativa denominata \_\_\_\_\_;
- e. con rapporto di lavoro:
  - a tempo indeterminato ovvero  a tempo determinato;
  - a tempo pieno ovvero  a tempo parziale  a tempo definito con impegno orario \_\_\_\_\_ (da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito)
- f. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente \_\_\_\_\_;

2. ASL/Azienda Ospedaliera / Ente del SSN \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);

- a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- b. nel profilo di \_\_\_\_\_
- c. nella disciplina di \_\_\_\_\_\* ovvero nella disciplina equipollente di \_\_\_\_\_;
- d. presso la struttura operativa denominata \_\_\_\_\_;
- e. con rapporto di lavoro:
  - a tempo indeterminato ovvero  a tempo determinato;
  - a tempo pieno ovvero  a tempo parziale  a tempo definito con impegno orario \_\_\_\_\_ (da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito)
- f. che la causa di risoluzione del rapporto di lavoro è la seguente \_\_\_\_\_;

3. ASL/Azienda Ospedaliera / Ente del SSN \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione Azienda o Ente);
- a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - b. nel profilo di \_\_\_\_\_
  - c. nella disciplina di \_\_\_\_\_\* ovvero nella disciplina equipollente di \_\_\_\_\_;
  - d. presso la struttura operativa denominata \_\_\_\_\_;
  - e. con rapporto di lavoro:
    - a tempo indeterminato ovvero  a tempo determinato;
    - a tempo pieno ovvero  a tempo parziale  a tempo definito con impegno orario \_\_\_\_\_ (da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito)
- B.** che, con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopra dichiarati:
- è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)  
ovvero
  - non ha fruito di periodi di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
- C.** che nei suddetti rapporti con Aziende/Enti del SSN non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente ovvero \_\_\_\_\_
- D.** 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.

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

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

\* o con esperienza professionale specifica e documentata maturata nell'ambito della Farmacia Ospedaliera con indicazione della struttura operativa ospedaliera e/o territoriale presso cui si è svolta l'attività e con specifica indicazione del periodo ( gg/mm/aa);

\*\* 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 DI CERTIFICAZIONE RELATIVA AI SERVIZI PRESTATI PRESSO  
PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI NON RICOMPRESSE NEL COMPARTO 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.

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

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**

**A.** di aver prestato servizio nel profilo a selezione presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni non ricomprese tra le Aziende/Enti del Comparto del SSN (*compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto un cambiamento dei dati richiesti*):

1. Ente \_\_\_\_\_ (*specificare per esteso denominazione Azienda o Ente*);
  - a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - b. nel profilo di \_\_\_\_\_
  - c. nella Disciplina di \_\_\_\_\_\* ovvero nella Disciplina equipollente di \_\_\_\_\_ ovvero presso la Struttura Operativa denominata \_\_\_\_\_;
  - d. con rapporto di lavoro:
    - i. a tempo indeterminato ovvero  a tempo determinato;
    - ii. a tempo pieno \_\_\_\_\_ ovvero  a tempo parziale ovvero  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. Ente \_\_\_\_\_ (*specificare per esteso denominazione Azienda o Ente*);
  - a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - b. nel profilo di \_\_\_\_\_
  - c. nella Disciplina di \_\_\_\_\_\* ovvero nella Disciplina equipollente di \_\_\_\_\_ ovvero presso la Struttura Operativa denominata \_\_\_\_\_;
  - d. con rapporto di lavoro:
    - i. a tempo indeterminato ovvero  a tempo determinato;
    - ii. a tempo pieno \_\_\_\_\_ ovvero  a tempo parziale ovvero  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 \_\_\_\_\_;

**B.** che, con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopra dichiarati:

- è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (*indicare gg/mm/aa*)

ovvero

- non ha fruito di periodi di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
- C. che nei suddetti rapporti con la pubblica Amministrazione non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente ovvero \_\_\_\_\_
- D. che nei suddetti rapporti con la pubblica Amministrazione 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, 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, \_\_\_\_\_

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

\* o con esperienza professionale specifica e documentata maturata nell'ambito della Farmacia Ospedaliera con indicazione della struttura operativa presso cui si è svolta l'attività e con specifica indicazione del periodo ( gg/mm/aa);

\*\* 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 DI CERTIFICAZIONE RELATIVA AI SERVIZI PRESTATI PRESSO  
PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI NON RICOMPRESE NEL COMPARTO 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.

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

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**

**A.** di aver prestato servizio nel profilo a selezione presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni non ricomprese tra le Aziende/Enti del Comparto del SSN (*compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto un cambiamento dei dati richiesti*):

1. Ente \_\_\_\_\_ (*specificare per esteso denominazione Azienda o Ente*);
  - a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - b. nel profilo di \_\_\_\_\_
  - c. nella Disciplina di \_\_\_\_\_\* ovvero nella Disciplina equipollente di \_\_\_\_\_ ovvero presso la Struttura Operativa denominata \_\_\_\_\_;
  - d. con rapporto di lavoro:
    - i. a tempo indeterminato *ovvero*  a tempo determinato;
    - ii. a tempo pieno  ovvero  a tempo parziale *ovvero*  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. Ente \_\_\_\_\_ (*specificare per esteso denominazione Azienda o Ente*);
  - a. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - b. nel profilo di \_\_\_\_\_
  - c. nella Disciplina di \_\_\_\_\_\* ovvero nella Disciplina equipollente di \_\_\_\_\_ ovvero presso la Struttura Operativa denominata \_\_\_\_\_;
  - d. con rapporto di lavoro:
    - i. a tempo indeterminato *ovvero*  a tempo determinato;
    - ii. a tempo pieno  ovvero  a tempo parziale *ovvero*  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 \_\_\_\_\_;

**B.** che, con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopra dichiarati:

- è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (*indicare gg/mm/aa*)

ovvero

- non ha fruito di periodi di aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;
- C. che nei suddetti rapporti con la pubblica Amministrazione non vi è stato recesso per giusta causa a termini del CCNL vigente ovvero \_\_\_\_\_
- D. che nei suddetti rapporti con la pubblica Amministrazione 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.

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

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

\* o con esperienza professionale specifica e documentata maturata nell'ambito della Farmacia Ospedaliera con indicazione della struttura operativa presso cui si è svolta l'attività e con specifica indicazione del periodo ( gg/mm/aa);

\*\* 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 DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO  
RELATIVA ALLA TITOLARITÀ DI INCARICHI PREVISTI DAL D.LGS. N° 502/1992 E SS.MM.II. E DAI VIGENTI  
CC.CC.NN.LL. DI CUI SI È AVUTA LA TITOLARITÀ NELL'AMBITO DI AZIENDE ED 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/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_, 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**

(N.B: compilare il singolo schema che segue per ogni incarico di cui si è/ si è stati titolari)

1) di essere/ essere stato titolare, a tempo determinato.:

- dell'incarico di \_\_\_\_\_ (specificare: incarichi professionali, anche di alta specializzazione o di struttura semplice o di struttura semplice dipartimentale o di struttura complessa o di Dipartimento)
- denominato \_\_\_\_\_,
- con decorrenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- nel profilo di \_\_\_\_\_ e nella disciplina di \_\_\_\_\_;
- presso \_\_\_\_\_ ( specificare per esteso denominazione ASL o Azienda Ospedaliera o Ente del SSN e struttura presso cui è allocato l'incarico)
- e che al termine dello stesso ha conseguito la seguente valutazione \_\_\_\_\_;

2) di essere/ essere stato titolare, a tempo determinato.:

- dell'incarico di \_\_\_\_\_ (specificare: incarichi professionali, anche di alta specializzazione o di struttura semplice o di struttura semplice dipartimentale o di struttura complessa o di Dipartimento)
- denominato \_\_\_\_\_,
- con decorrenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- nel profilo di \_\_\_\_\_ e nella disciplina di \_\_\_\_\_;
- presso \_\_\_\_\_ ( specificare per esteso denominazione ASL o Azienda Ospedaliera o Ente del SSN e struttura presso cui è allocato l'incarico)
- e che al termine dello stesso ha conseguito la seguente valutazione \_\_\_\_\_;

**OVVERO**

di non essere mai stato titolare di incarico.

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, \_\_\_\_\_

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

## ALLEGATO C

\* 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 ALLA CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DELLE PUBBLICAZIONI ALLEGATE**  
**( DPR n° 445/2000)**

Ai sensi dell' art. 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_, 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**

che la fotocopia delle pubblicazioni di cui all'allegato elenco è conforme all'originale di cui è in possesso il soggetto indicato a margine di ciascuna di esse.

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, \_\_\_\_\_

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.**



**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 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, 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 CORSO FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	FINALITA' 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 CORSO FORMATIVO	LUOGO E PERIODO DI SVOLGIMENTO	DENOMINAZIONE CORSO FORMATIVO	RUOLO SVOLTO (PRECISARE SE RELATORE, DOCENTE, DISCENTE)	ESAME FINALE (SI/NO)

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, \_\_\_\_\_ 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.

**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 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_, 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 svolto attività didattica presso (compilare i moduli seguenti per ciascuna attività di docenza svolta):

1. Ente/Azienda \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione specificare Università, Scuola di formazione SSN per il personale sanitario);
  - a. A.A./A.S. \_\_\_\_\_
  - b. nel corso di studi \_\_\_\_\_ per il conseguimento di \_\_\_\_\_
  - c. nella materia \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_ h. annuali;
2. Ente/Azienda \_\_\_\_\_ (specificare per esteso denominazione specificare Università, Scuola di formazione SSN per il personale sanitario);
  - a. A.A./A.S. \_\_\_\_\_
  - b. nel corso di studi \_\_\_\_\_ per il conseguimento di \_\_\_\_\_
  - c. nella materia \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_ 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, \_\_\_\_\_ 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.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
RELATIVA AL POSSESSO DI ULTERIORI TITOLI DI STUDIO  
( DPR n° 445/2000)**

Ai sensi dell' art. 46 , D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_, 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

**D I C H I A R A**

- di essere in possesso dell'ulteriore diploma di Laurea in \_\_\_\_\_, conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, la durata legale del corso è di \_\_\_\_\_ anni;
- di essere in possesso dell'ulteriore diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, la durata legale del corso è di \_\_\_\_\_ anni;
- di essere in possesso dell'ulteriore e seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, la durata legale del corso è di \_\_\_\_\_ 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, \_\_\_\_\_

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.**

ALLEGATO H

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO  
RELATIVA A SPECIFICHE ESPERIENZE ED ATTIVITA' PROFESSIONALI  
( 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 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_, 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**

*( NB. Tale dichiarazione riguarda specifiche esperienze, attività professionali e ulteriori titoli che presentino rilievo ai fini del conferimento dell'incarico con indicazione sia delle aziende e/o strutture presso le quali detti titoli sono stati maturati o acquisiti, sia dei periodi di conseguimento degli stessi, degli eventuali atti o altra documentazione che lo attesta, sia delle eventuali funzioni o ruoli svolti. In tale dichiarazione dovrà essere esposta la specifica esperienza professionale nei servizi territoriali )*

---

---

---

---

---

---

---

---

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, \_\_\_\_\_ 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.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO RELATIVA ALLE SCHEDE DI VALUTAZIONE  
CONSEGUITE PRESSO ALTRE AZIENDE O ENTI DEL SSN  
( DPR n° 445/2000)

Ai sensi dell' art. 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod. ed int.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_, 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

**D I C H I A R A**

- che la fotocopia delle schede di valutazione di cui all'allegato elenco è conforme all'originale di cui è in possesso il soggetto indicato a margine di ciascuna di esse.

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, \_\_\_\_\_

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.**

