

ALLEGATO "A" alla Delibera n. 1320 del 27/11/2009

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000)

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

D I C H I A R A

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

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

ESPERIENZA LAVORATIVA

(attestare dettagliatamente)

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

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Usl n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari, _____

Il Dichiarante * _____

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

Il presente allegato è composto
di n° _____ fogli

Il Responsabile
(*Dott.ssa Patrizia Sollai*)

ALLEGATO DELIBERAZIONE
N. _____ DEL _____

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

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(*Dott. Emilio Simeone*)