

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Direttore Generale
dell'Azienda USL n.8
Via Piero della Francesca, 1
Località Su Planu
09047 Selargius - Cagliari

Oggetto: Domanda di partecipazione alla procedura di stabilizzazione personale PROFILO PROFESSIONALE Dirigente MEDICO. (Delibera della Giunta Regionale Sarda n° 22/31 del 7/06/2007 e n°49/29 del 5/12/2007)

__l__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____ (Prov.____)
il _____, residente in _____, _____ (CAP_____),
Via _____, n.____ e domiciliat__ per la presente procedura in
_____ (CAP_____), Via _____, n.
_____ Tel. _____ Cell. _____.

CHIEDE

di partecipare alla procedura di stabilizzazione per il personale del profilo professionale di Dirigente MEDICO nella disciplina di _____.

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 DPR 445/00, dichiara:

1. di essere cittadino _____ ;
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ;
3. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti (in caso contrario specificare);
4. di trovarsi rispetto agli obblighi sul reclutamento militare nella seguente posizione:
 obbligo assolto; esonerato;

5. quanto al possesso dei requisiti specifici di accesso alla procedura :

1. di essere stato assunto con contratto/ i di lavoro subordinato a tempo determinato dall'Università degli Studi di _____ in data _____ in qualità di _____ mediante utilizzo della graduatoria , approvata con provvedimento del legale rappresentante dell'Ente n° _____ del _____ ,del/la seguente concorso pubblico, per esami o per titoli ed esami ovvero selezione pubblica per soli titoli per assunzione a tempo determinato:

nell'ambito della quale si è classificato al n° _____ posto, per la realizzazione del seguente progetto tra i n° 4 di cui alle azioni 5/A e 5/B:

_____;

2. di aver prestato servizio, in forza del/i suddetto/i contratto/i a tempo determinato presso il seguente P.O. _____ dell' Azienda Sanitaria Locale del SSR n° _____ di _____ per l'intero triennio ovvero (specificare) _____;

3. di aver prestato servizio a seguito del/i suddetto/i contratto/i di lavoro dipendente a tempo determinato per almeno tre anni in maniera continuativa o anche non continuativa nel quinquennio (dal 1.1.2002 al 31.12.2006) secondo quanto indicato nella sottostante tabella:

Università *	Progetto **	Azienda USL e P.O. ***	Dal gg/mm/aa	Al gg/mm/aa	Titolo di assunzione ****	Profilo prof. e Specializzazione *****	Modalità prestazione *****

- * indicare per esteso Università con cui è stipulato contratto di assunzione a tempo determinato ;
- ** indicare per esteso denominazione progetto per la cui realizzazione è intervenuta l'assunzione;
- *** indicare per esteso ASL e P.O. presso cui si è svolta l'attività;
- **** selezione pubblica per assunzione a tempo determinato ovvero a seguito utilizzo graduatoria idonei concorso pubblico;
- ***** indicare profilo professionale e specializzazione in cui è stato reso il servizio (D. M. Sanità 30.01.98 o D.M. Sanità 31.01.98., previsti per l'accesso tramite pubblico concorso (DPR 10/12/1997, n°483);
- ***** a Tempo Pieno (con impegno orario di 38 h. settimanali) ovvero Part Time (specificare l'impegno orario settimanale)

6. di aver prestato **ulteriori** periodi di servizio, reso con le medesime caratteristiche sopradette, nel periodo dal 1/01/2002 al 31/12/2006, secondo quanto indicato nella sottostante tabella :

Università *	Progetto **	Azienda USL e P.O. ***	Dal gg/mm/aa	Al gg/mm/aa	Titolo di assunzione ****	Profilo prof. e Specializzazione *****	Modalità prestazione *****

7. di essere in possesso del diploma di laurea in _____ con-
seguito presso _____ nell'anno _____ e del diplo-
ma di specializzazione in _____ conseguito presso
_____ nell'anno _____, requisiti specifici di acces-
so alla posizione per cui si richiede la stabilizzazione;
8. di essere iscritto nell' albo professionale dei _____ della prov. di
_____, dal _____, al n° _____;
9. di aver svolto attività prevalentemente _____ nell'ambito
del progetto _____;
10. di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio ovvero (specificare)
_____;

11. di non essere stato destituito, dispensato o dichiarato decaduto dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ovvero (specificare) _____;

12. di aver diritto di preferenza o precedenza all'assunzione in base alle vigenti norme di leggi e regolamenti (art. 5 del D.P.R. 487/94) in quanto _____;

13. di avere a carico n° _____ figli ovvero di non a vere figli a carico;

14. di accettare l'eventuale inquadramento a tempo indeterminato in qualsiasi Azienda Sanitaria della Regione Sardegna e di indicare le seguenti 3 preferenze, in ordine di priorità, con riguardo alle Aziende del SSR in cui desidera essere stabilizzato:

1) _____;

2) _____;

3) _____;

15. Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere idoneo nel concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n° _____ posti di _____ bandito dall'Azienda USL n° _____ di _____, essendosi collocato al n° _____ posto nella graduatoria di merito approvata con deliberazione del Direttore Generale n° _____ del _____.

Le comunicazioni relative alla presente procedura dovranno essere inviate al domicilio sopra indicato ed eletto a tal fine. Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

Data _____ Firma _____

Si allegano:

n. 1 copia dell'elenco dei documenti presentati;

fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

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

- ◆ di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso _____;

_____;

- ◆ _____

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 * _____

N.B. Il dichiarante deve allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di identità in corso di validità.