

ALLEGATO C

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLE CERTIFICAZIONI DI SERVIZIO 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.

__l__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____ (Prov.___) il _____, residente in _____, (CAP _____), Via _____, n. _____ e domiciliat__ per la procedura selettiva in _____ (CAP _____), Via _____, n. _____ Tel. n. _____

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 prestato servizio **nel profilo a selezione** presso le seguenti pubbliche amministrazioni non ricomprese tra le Aziende/Enti del Comparto del SSN :

ENTE *	Dal gg/mm/aa	Al gg/mm/aa	Rapporto di lavoro **	Profilo professionale ***	Disciplina ****	Impegno orario settimanale	Causa di risoluzione

* indicare per esteso denominazione ENTE c/o cui è stato svolto il servizio;

** di ruolo/a tempo indeterminato ovvero fuori ruolo/ a tempo determinato ;

*** indicare profilo professionale in cui è stato reso il servizio ;

**** indicare la disciplina in cui è stato reso il servizio (D.M. Sanità 31.01.98) se ricorrente

ALLEGATO C

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 non è stato collocato in aspettativa senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio;

☐ che nei suddetti rapporti con la P.A. non vi è stato recesso per giusta causa ovvero

☐ che nei suddetti rapporti con la P.A. 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 * _____

* 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.**