

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.

__I__ 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 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 _____ al _____ nel profilo di _____
nella disciplina di _____ o nella disciplina equipollente di _____
presso _____ (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 _____ al _____ nel profilo di _____
nella disciplina di _____ o nella disciplina equipollente di _____
presso _____ (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 _____ al _____ nel profilo di _____ nella disciplina di _____ o nella disciplina equipollente di _____ presso _____ (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 _____;

➤ 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, _____

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.**