

ALLEGATO D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

RELATIVA ALLA TITOLARITÀ DI INCARICHI IN AZIENDE/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

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

☐ di essere/ essere stato titolare del seguente incarico a tempo determinato _____ (specificare Dipartimento/ struttura complessa/ struttura semplice/ incarico professionale), denominato _____, con decorrenza dal __/__/____ e fino al __/__/____ nella posizione di _____ nella disciplina di _____ presso _____ (specificare per esteso denominazione azienda / azienda Ospedaliera / ente del SSN conferente e struttura presso cui è allocato l'incarico) e che al termine dello stesso ha conseguito valutazione _____;

☐ di essere/essere stato titolare del seguente incarico a tempo determinato _____ (specificare Dipartimento/ struttura complessa/ struttura semplice/ incarico di alta professionalità), denominato _____, con decorrenza dal __/__/____ e fino al __/__/____ nella posizione di _____, nella disciplina di _____, presso _____ (specificare per esteso denominazione azienda sanitaria / azienda Ospedaliera / ente del SSN conferente e struttura presso cui è allocato l'incarico) e che al termine dello stesso ha conseguito valutazione _____;

☐ di non essere mai stato titolare di incarico.

ALLEGATO D

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.**