

ALLEGATO A

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
RELATIVA AL POSSESSO DEI REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE
(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.

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

☐ di essere attualmente e con decorrenza dal ____/____/____ in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale n° 8, in forza di contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, nel profilo professionale di _____, nella disciplina di _____, con rapporto _____ (specificare se esclusivo/non esclusivo) e che la prestazione è stata ed è svolta ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale ☐ a tempo definito con impegno orario (da indicare solo nelle ipotesi di tempo parziale/ definito con indicazione del periodo) _____;

☐ di essere in possesso di un' anzianità di servizio nel profilo di _____ di n° 5 anni, maturata come di seguito indicato (compilare il singolo schema che segue per ogni periodo di servizio in cui sia intervenuto il cambiamento anche di uno dei dati richiesti) :

1. dal _____ al _____ nella posizione di _____ nella disciplina 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 con indicazione del periodo) _____;

ALLEGATO A

2. dal _____ al _____ nella posizione di _____ nella disciplina 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 con indicazione del periodo) _____;

3. dal _____ al _____ nella posizione di _____ nella disciplina 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 con indicazione del periodo) _____;

4. dal _____ al _____ nella posizione di _____ nella disciplina 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 con indicazione del periodo) _____;

5.

➤ 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 _____

ALLEGATO A

al _____ (indicare gg/mm/aa) ovvero che con riguardo ai soli periodi di servizio in ruolo/ a tempo indeterminato sopradichiarati non è mai stato collocato in 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 _____.

Di essere, pertanto, in possesso dell'anzianità di servizio richiesta per la partecipazione alla selezione pari a n° ____ anni.

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.**