



**Allegato n. 1 – FAC-SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Cagliari  
Via Ospedale, 54  
09124 CAGLIARI

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all'avviso di mobilità interna per Dirigente medico disciplina anestesia e rianimazione per il P.O. Monserrato.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n°445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
2. di risiedere in \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ ;
3. di essere dipendente, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, della Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari presso la S.C. di \_\_\_\_\_ con sede presso il P.O. \_\_\_\_\_ ;
4. di essere inquadrato nel profilo professionale di Dirigente medico nella disciplina di \_\_\_\_\_, con contratto di lavoro a tempo pieno ovvero parziale per n°ore settimanali \_\_\_\_\_ ;
5. di autorizzare il trattamento dei dati personali ( d.lgs. 196/2003);
6. di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;
7. che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000, pertanto si allega copia di un documento valido di identità;
8. che ogni eventuale comunicazione relativa alla mobilità deve essere fatta al seguente indirizzo:

Dott. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Azienda Ospedaliero – Universitaria Cagliari**  
Alta Specializzazione nell'Assistenza Clinica e Chirurgica  
Sede Legale - Via Ospedale 54, 09124 Cagliari  
Servizio Amministrazione del Personale



C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune/Città \_\_\_\_\_

Prov: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

- a) documenti e titoli utili alla formulazione della graduatoria;
- b) curriculum formativo-professionale;
- c) un elenco dei documenti e titoli presentati;
- d) copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**art. 47 del D.P.R. n° 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel

caso di dichiarazioni non veritiere, 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 prestare o aver prestato servizio:

- Ente \_\_\_\_\_ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro di dipendenza a tempo \_\_\_\_\_ (indicare se a tempo determinato o indeterminato) \_\_\_\_\_ per numero ore settimanali lavorative \_\_\_\_\_ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per \_\_\_\_\_ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...)

o ricorrono/non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

di prestare o aver prestato servizio:

- Ente \_\_\_\_\_ (nome Ente e specificare se pubblico o privato) con sede in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (data inizio e fine rapporto di lavoro) in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro \_\_\_\_\_ (tipologia del rapporto di lavoro: es) co.co.co., co.co.pro., libero professionale); per numero ore settimanali lavorative \_\_\_\_\_ (n. ore settimanali previste dal contratto individuale di lavoro) concluso per \_\_\_\_\_ (eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...).

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, 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 Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

**Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.**

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ dichiarante \_\_\_\_\_

**N.B.** Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, consapevole  
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del  
D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA:**

di essere in possesso della seguente qualifica professionale, titolo di specializzazione, di formazione, di aggiornamento e  
di qualificazione tecnica:

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di aver partecipato al congresso (corso, seminario, convegno ... ecc.) organizzato da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal titolo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, della durata di  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_, con esame finale / senza esame finale.

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del d.P.R. n. 445/2000, dichiara di essere a conoscenza  
dell'art. 75 del d.P.R. n. 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento  
emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del  
contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 d.lgs. n. 196/2003 che i dati  
personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente  
dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

**Ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti  
nella presente dichiarazione.**

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ **Il/La Dichiarante** \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Azienda Ospedaliero – Universitaria Cagliari**  
Alta Specializzazione nell'Assistenza Clinica e Chirurgica  
Sede Legale - Via Ospedale 54, 09124 Cagliari  
Servizio Amministrazione del Personale



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA  
artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non  
veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

**DICHIARA**

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

dell'atto/documento \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è  
conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ;

dell'atto/documento \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è  
conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ;

dell'atto/documento \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è  
conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ;

dell'atto/documento \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ è  
conforme all'originale in possesso di \_\_\_\_\_ ;

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR 445/2000, 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 Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 d.lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 196/2003, dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ dichiarante \_\_\_\_\_

(Allegare obbligatoriamente alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità)

**N.B.** Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.