

**Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero
Universitaria di Cagliari
Via Ospedale, 54
09124 Cagliari**

__I__ sottoscritt _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso di selezione pubblica, per titoli e colloquio, per il conferimento di tre incarichi di collaborazione libero-professionale, ai sensi dell'art. 7, comma 6 e dell'art. 36 del D.Lgs. n. 165/2001, della durata di 12 mesi, per Dirigenti medici – disciplina Chirurgia Generale - da destinare alla S.C. di Chirurgia Generale Laparoscopica e d'urgenza e alla S.C. di Chirurgia Generale Coloproctologica.

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 a _____ ; Prov _____ ; il _____ ;
2. di essere residente a _____ ;
via _____ ; n. _____ C.A.P. _____ ;
3. di essere in possesso della cittadinanza _____ ;
4. di godere dei diritti civili e politici in Italia o nello Stato membro dell'Unione Europea di provenienza;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ;
6. di essere in possesso della idoneità fisica alle mansioni da svolgere;
7. di non avere riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
 di non avere procedimenti penali pendenti [barrare se ci si trova in questa condizione]
 di avere riportato condanne penali [barrare e compilare se ci si trova in questa condizione]
_____ ;
 di avere procedimenti penali pendenti [barrare e compilare se ci si trova in questa condizione]
_____ ;
8. Di essere in possesso del seguente Titolo di studio _____ come richiesto dal Bando, conseguito nell'anno accademico _____ presso _____ con votazione _____ ;
9. Di essere iscritto all'albo _____
al n. _____ in data _____ ;
10. Di aver conseguito la specializzazione in _____ (ovvero equipollente ai sensi dell'allegato 1 "Tabella delle specializzazioni in discipline affini area medica e delle specialità mediche" al D.M. 30/01/1998) _____ durata anni _____ ;
11. di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
12. di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva (per i soli candidati di sesso maschile nati

prima del 31 dicembre 1985) : _____

_____ ;

13. Di avere o non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o datori di lavoro privati come segue (indicare l'Amministrazione c/o la quale è stato o è svolto il servizio, tipologia di contratto, se in posizione di ruolo o non di ruolo, periodo e durata: anni, mesi e giorni, settore/area di attività, profilo professionale e categoria di inquadramento)

Pubblica Amministrazione	Data inizio	Data fine	Qualifica	Profilo	Tipologia contratto (det/indet/co.co.co, etc	Impegno orario settimanale
Casa di cura/ente privato	Data inizio	Data fine	qualifica	Profilo	Tipologia contratto (det/indet/co.co.co, etc	Impegno orario settimanale

14. Titoli di studio oltre a quello richiesto dal bando di selezione in oggetto. Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (indicare Istituto presso il quale è stato conseguito, l'anno di conseguimento e votazione):

_____ ;

15. Titoli vari. Di essere in possesso dei seguenti Titoli (indicare con precisione da chi è stato rilasciato – Istituto, Ente o altro - l'oggetto, la natura, l'eventuale periodo e durata, la valutazione conseguita ed ogni altro elemento considerato utile a giudizio del candidato)

_____ ;

16. di avere i seguenti titoli che danno diritto a usufruire di riserve, precedenza o preferenze: _____

_____ ;

- di accettare senza riserve tutte le norme contenute nel bando relativo al presente avviso;
- di prendere atto che la AOU di Cagliari procederà alla pubblicazione e aggiornamento, in seguito alla partecipazione alla procedura in argomento, dei dati previsti dalla normativa vigente, con particolare riferimento a quelli enucleati all'art. 15 del D. Lgs. 33/2013;
- chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga fatta al seguente indirizzo:

Dott./ Dott.ssa _____; Via _____; n. _____; C.A.P. _____; Comune _____; Prov _____; telefono _____; e-mail _____;

Luogo, data _____

Firma _____

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

Luogo, data _____

Firma _____

Allega alla presente:

1. curriculum formativo e professionale datato e firmato;
 2. elenco descrittivo datato e firmato dei documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione alla corrispondente copia del titolo;
 3. copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazioni;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

Fac simile
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____

nato a (luogo) (prov.) _____ (_____) il _____

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo) _____ (_____) in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che la pubblicazione dal titolo

_____ edito da _____, riprodotto per intero/estratto da pag. _____ a pag. _____ e quindi composta di n° _____ fogli, in possesso di _____ è conforme all'originale;

oppure

di prestare (o aver prestato) servizio con la qualifica di _____ nella disciplina di _____ presso (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.) _____ con rapporto di lavoro (dipendente/libero professionale/co.co.co./etc.,) _____ a tempo (determinato/indeterminato, pieno/ parziale) _____ o con impegno settimanale pari a ore _____ dal _____ al _____;

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Fac simile
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome) _____

nato a (luogo) (prov.) _____ (_____) il _____

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo) _____ (_____) in Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di possedere il seguente titolo di studio _____ rilasciato dalla
scuola/università di _____
in data _____

di essere iscritto nell'albo professionale o elenco _____
dal _____ tenuto da _____ di _____

di possedere il seguente titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, _____
rilasciato dalla scuola/università _____
in data _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto manifesta il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 196/2003, perché i dati sopra riportati siano oggetto delle seguenti operazioni di trattamento, elencate nella lettera a) art. 4 del D.Lgs. 196/2003: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, interconnessione, blocco, cancellazione e distruzione.

(Luogo, data) _____ **Il Dichiarante** _____