

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

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

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammess\_\_ a partecipare all'avviso di mobilità regionale ed interregionale, compartimentale ed intercompartimentale, per titoli e colloquio, finalizzato alla copertura di n° 2 posti di Dirigente medico nella disciplina di Anestesia e Rianimazione bandito da codesta Azienda.

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 nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
2. di risiedere in \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ ;
3. di essere dipendente, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, della seguente Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ ;
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 avere superato il periodo di prova;
6. di essere in possesso del Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
7. di essere iscritto all'Ordine degli/dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ ;
8. di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ della durata di anni \_\_\_\_\_.
7. di autorizzare il trattamento dei dati personali ( d.lgs. 196/2003);
8. di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;
9. 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;
12. che ogni eventuale comunicazione relativa alla mobilità deve essere fatta al seguente indirizzo:  
Dott. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
CAP. \_\_\_\_\_ Comune/Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**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, verifichi 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 \_\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ 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.

**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

**D I C H I A R A:**

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

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

2) 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, verifichi 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 \_\_\_\_\_

**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, verifichi 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.