

SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI E COLLOQUIO
PER DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA NEUROLOGIA

In esecuzione della deliberazione n° 332 del 20 /04/2012 è indetta selezione pubblica, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarichi a tempo determinato di dirigente medico disciplina di Neurologia.

ART. 1 REQUISITI GENERALI

Possono partecipare alla selezione coloro che possiedono i seguenti requisiti generali:

- 1.cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- 2.idoneità fisica all'impiego; l'accertamento del requisito viene effettuato dall'Azienda prima della immissione in servizio; il personale dipendente da pubbliche amministrazioni e da Istituti, Ospedali ed Enti di cui agli artt. 25 e 26, primo comma, del D.P.R. 761/79, è dispensato dalla visita medica;
- 3.godimento dei diritti civili e politici; non possono accedere agli impieghi coloro i quali sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
- 4.non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
- 5.posizione regolare nei riguardi degli obblighi sul reclutamento militare (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985);
- 6.la partecipazione alla selezione non è soggetta a limiti di età ai sensi dell'art. 3, comma 6, della Legge del 15/05/1997, n° 127;

ART. 2 REQUISITI SPECIFICI

- A) Diploma di laurea di laurea in Medicina e Chirurgia.
- B) Specializzazione nella disciplina oggetto della selezione ovvero in disciplina riconosciuta equipollente o affine ai sensi dei DD. MM. Sanità del 30 e 31 gennaio 1998. Nell'autocertificazione relativa alla specializzazione deve essere indicato l'anno di immatricolazione, la durata e la data del conseguimento.
- C) Iscrizione al relativo albo professionale.

ART. 3 PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione alla selezione, redatta in carta semplice, e la documentazione ad essa allegata deve essere inoltrata alternativamente:

1) tramite Servizio Pubblico Postale, a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: **Azienda Ospedaliero Universitaria via Ospedale 54 – 09124 Cagliari**; ogni raccomandata non potrà contenere più di una domanda. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

2) presso il Protocollo Generale dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Cagliari, via Ospedale, 54 – Cagliari, negli orari di apertura dello stesso (dal lunedì al venerdì: 8.30 – 13.30; dal lunedì al giovedì dalle 15.00 alle 17.00); a tal fine fa fede il timbro datario dell'ufficio Protocollo stesso.

3) trasmissione con Posta Elettronica Certificata (PEC) esclusivamente al seguente indirizzo: dir.generale@pec.aoucagliari.it, avendo cura di allegare esclusivamente in formato pdf. tutta la documentazione richiesta.

E' esclusa ogni altra forma di trasmissione.

Il termine per l'inoltro delle domande e dei documenti allegati, pena esclusione dalla selezione, è fissato entro il decimo giorno successivo a quello della data di pubblicazione del presente bando sul sito di questa Azienda (www.aoucagliari.it)

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione.

Nella domanda, redatta su carta libera, i partecipanti devono indicare sotto la propria responsabilità:

- a) cognome, nome, data e luogo di nascita, residenza;
- b) il possesso della cittadinanza Italiana o equivalente;
- c) il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d) le eventuali condanne penali riportate, ovvero di non aver riportato condanne penali;
- e) il possesso dei requisiti specifici di cui all'art. 2 del presente avviso;
- f) la propria posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985);
- g) i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le eventuali cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego;

- h) di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- i) gli eventuali titoli che danno diritto a usufruire di riserve, precedenza o preferenze;
- l) il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza di cui al punto a);
- m) il diritto all'applicazione dell'art. 20 della L. n°104/1992 specificando l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere la prova del colloquio;
- n) il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura concorsuale, ai sensi del D.Lgs. 196/03;
- o) se cittadini degli Stati membri dell'unione europea, di godere dei diritti civili e politici anche negli stati di provenienza ovvero i motivi del mancato godimento e di essere in possesso, fatta salva la titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini italiani; di avere ottenuto il riconoscimento da parte del Ministero della Salute dei titoli di studio e di abilitazione previsti per partecipare alla procedura conseguiti all'estero; di avere altresì adeguata conoscenza della lingua italiana.

La domanda di partecipazione alla selezione deve essere sottoscritta, pena l'esclusione. Ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione.

Per quanto attiene alla domanda ed alle dichiarazioni presentate per via telematica si specifica che queste sono valide se effettuate secondo quanto previsto dall'art. 65 del decreto legislativo 7 marzo 2005.

La presentazione della domanda di partecipazione alla procedura in parola comporta l'accettazione, senza riserve, di tutte le norme contenute nel presente bando. Gli aspiranti devono allegare alla domanda tutte le autocertificazioni relative ai titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria, ivi compreso un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e sottoscritto.

I titoli devono essere prodotti in originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nei modi e nelle forme previste dalla normativa vigente.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

Alla domanda deve essere unito, in carta libera, un elenco, in triplice copia, dei documenti e dei titoli presentati.

Il curriculum formativo e professionale sarà valutato dalla Commissione ai sensi del D.P.R. 483/1997 con riguardo ai singoli elementi documentali formalmente prodotti.

Alla domanda di partecipazione deve essere allegata copia di un documento valido di identità.

L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazione dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte dell'aspirante, da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il candidato, ai sensi dell'art. 15 Legge 183 del 12/11/2011, in luogo delle certificazioni rilasciate dall'autorità competente, deve avvalersi, nei rapporti con la Pubblica Amministrazione e i gestori di pubblici servizi, delle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dell'atto di notorietà previsti dal DPR 445/2000 e conseguentemente, a far data dall'01/01/2012, le Pubbliche Amministrazioni non possono più accettare né richiedere i certificati che restano utilizzabili unicamente nei rapporti tra privati. Pertanto sarà la P.A. a dover verificare la veridicità delle situazioni dichiarate o ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di notorietà su indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti .

Il candidato deve quindi utilizzare le seguenti forme di dichiarazione:

1) **dichiarazione sostitutiva di certificazione**, da utilizzarsi nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 D.P.R. n° 445/2000 (per es. stato di famiglia, possesso di titolo di studio, possesso di specializzazione, ecc.);

2) **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (art. 47 D.P.R. n° 445/2000) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nel citato art. 46 DPR 445/2000 (ad esempio: attività di servizio...ecc), ed in specie per i servizi prestati si dovrà indicare: la tipologia del rapporto: si dovrà specificare se trattasi di rapporto di lavoro dipendente (a tempo determinato o indeterminato) o autonomo (libero professionale, co.co.co, co.co.pro. consulente etc); si precisa che la generica indicazione di rapporto a "Tempo determinato" non è esaustiva al fine dell'individuazione della

natura/tipologia del rapporto di lavoro e quindi della corretta valutazione del titolo, pertanto nella dichiarazione deve essere sempre specificato se trattasi di rapporto di dipendenza (o subordinato che potrà essere a tempo determinato o indeterminato) , o con rapporto di lavoro autonomo che potrà essere di tipo libero professionale, co.co.co, co.co.pro., consulente etc;

- la struttura (specificare se pubblica o privata);
- il profilo professionale e la disciplina di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico;
- le date di inizio e di fine dei relativi periodi di attività (da indicare sempre), gli orari settimanali sono da indicare solo se il rapporto è di dipendenza;
- eventuali interruzioni (aspettative, sospensione etc.);
- le cause delle eventuali cessazioni del rapporto di lavoro (dimissioni, scadenza del contratto, licenziamento, etc.);
- tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso.

Relativamente all'autocertificazione dei servizi prestati presso pubbliche amministrazioni con rapporto di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, specificare se trattasi di rapporto di lavoro a tempo pieno ovvero a part-time e, in quest'ultimo caso, specificare il numero delle ore di lavoro svolte nel corso della settimana.

Nel caso non venisse specificato quanto sopra, si procederà comunque all'attribuzione di un punteggio minimo. Con riguardo ai titoli da inserire nel curriculum formativo e professionale, con le medesime modalità di autocertificazione e con le stesse indicazioni di cui sopra verranno valutati i servizi prestati presso:

- strutture private con rapporto di dipendenza nel quale deve essere indicato sempre l'esatto impegno orario settimanale.
- strutture private e pubbliche con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa / contratto a progetto / rapporto libero professionale.

Il servizio prestato in regime di convenzione dagli specialisti ambulatoriali, dai medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi è valutato con riferimento all'orario svolto, che verrà rapportato percentualmente a quello della dirigenza medica del Servizio sanitario nazionale (38 ore settimanali). Non saranno valutati i documenti già prodotti a questa Amministrazione, se non quelli acclusi alle domande di partecipazione alla selezione in oggetto inviate entro il termine di scadenza

3) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa alla **conformità all'originale** di una copia di un atto, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio (artt. 19 e 47 D.P.R. n° 445/2000).

Tutte le dichiarazioni sostitutive, di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3 devono riportare, pena la mancata valutazione: a) la dicitura: il sottoscritto _____ consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, delle sanzioni penali a cui può andare in contro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara

b) l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ex D. Lgs. 196/2003;

c) la sottoscrizione del dichiarante.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di cui ai precedenti punti 2 e 3, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante pena la mancata valutazione. In ogni caso le dichiarazioni sostitutive di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3 devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta/esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti.

L'Amministrazione procede ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e qualora dovessero emergere ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti, sono applicabili le sanzioni penali previste dalla normativa vigente.

Nell'autocertificazione relativa ai servizi deve essere attestato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

ART. 4 AMMISSIONE ALLA PROCEDURA SELETTIVA

Il Servizio Amministrazione del Personale provvede a verificare la sussistenza dei requisiti richiesti dal bando di selezione in capo ai candidati nonché la regolarità della presentazione della domanda.

L'esclusione dalla procedura di cui trattasi è deliberata con provvedimento motivato del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria da notificarsi entro 30 giorni dalla esecutività della relativa decisione.

I candidati ammessi saranno convocati per il colloquio con comunicazione a mezzo postale spedita almeno cinque giorni prima della data del colloquio. La mancata presentazione al colloquio, nel giorno e nell'ora fissati, determina l'automatica esclusione dalla procedura di selezione.

ART. 5 COMMISSIONE, VALUTAZIONE DEI TITOLI E COLLOQUIO

I candidati ammessi saranno valutati da un'apposita Commissione nominata dal Direttore Generale e costituita: da un Presidente (nella persona del Direttore della Struttura o suo delegato), da due componenti (appartenenti al profilo di dirigente medico della disciplina a selezione) e un impiegato amministrativo con funzioni di segretario.

I titoli saranno valutati in base al DPR 483/1997 e s.m.i. , la Commissione esaminatrice avrà a disposizione 20 punti così ripartiti:

a) titoli di carriera punti 10; b) titoli accademici e di studio punti 3; c) pubblicazioni e titoli scientifici punti 3; d) curriculum formativo e professionale punti 4.

Il curriculum formativo e professionale sarà valutato dalla Commissione con riguardo ai singoli elementi documentali formalmente prodotti.

Il colloquio verterà in particolare sulle problematiche legate a:

- **Conoscenza di tecniche, di esecuzione ed interpretazione di elettroencefalografia, potenziali evocati, elettromiografia e velocità di conduzione motoria;**
- **Conoscenze informatiche: pacchetto Office; Programmazione di Database; utilizzo di software Brain Wave, Matlab EEG-Lab, (tutti gli ultimi software citati servono per analisi di segnali elettrofisiologici).**

Per il colloquio la Commissione avrà a disposizione 20 punti, il superamento dello stesso è subordinato al raggiungimento di almeno 14/20 (quattordici/ventesimi) punteggio di sufficienza.

ART. 6 TUTELA DELLA PRIVACY

Al fine di dar corso alla procedura selettiva sono richiesti ai candidati dati anagrafici e di stato personale, nonché quelli relativi al curriculum scolastico e professionale.

Tali dati sono finalizzati a consentire lo svolgimento della procedura di selezione, ad attribuire ai candidati i punteggi spettanti per i titoli e a formulare la graduatoria finale. I dati personali dei candidati, nell'ambito delle finalità sopra esposte, saranno trasmessi alla Direzione dell'Azienda ed all'Ufficio del Personale tutti coinvolti nel procedimento selettivo.

I trattamenti dei dati saranno effettuati anche con l'ausilio di mezzi elettronici ed automatizzati e comunque mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.

L'art. 13 della Legge 675/96, così come modificato dagli articoli 7, 8, 9 e 10 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 stabilisce i diritti dei candidati in materia di tutela rispetto al trattamento dei dati. Qualora il candidato non sia disponibile a fornire i dati e la documentazione richiesti dal presente avviso, non si potrà luogo all'effettuazione del processo selettivo nei suoi confronti.

I dati risultanti da ciascuna domanda di partecipazione alla selezione e dalla documentazione alla stessa allegata potranno essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.

ART. 7 NORME FINALI

I candidati collocati nella graduatoria che, in relazione alle esigenze aziendali, saranno chiamati per la stipula del contratto a tempo determinato dovranno produrre entro il termine assegnato, a pena di decadenza dei diritti conseguenti alla partecipazione, i documenti richiesti.

Per quanto non disciplinato dal presente bando si applicano le norme vigenti in materia.

L'Azienda garantisce parità e pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro, ai sensi dell'art.7, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165 e della Legge 10 aprile 1991 n.125.

Per informazioni i partecipanti potranno rivolgersi al Servizio del Personale, Via Ospedale, 54 09124 Cagliari - 070/5109 - 2138 – 2441 – 2118 - 2583.

L'Azienda si riserva la facoltà, per giustificati motivi, di prorogare, sospendere, revocare o modificare in tutto o in parte il bando di selezione.

Il Direttore Generale

Dott. Ennio Filigheddu

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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

Oggetto: Selezione pubblica per titoli e colloquio per DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA NEUROLOGIA.

Il/La sottoscritto/a *Dott./Dott.ssa* nome _____ cognome _____, cod. fisc. _____, Tel. N. _____, chiede di essere ammesso alla selezione in oggetto.

Dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445 del 28/02/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76:

- a) di essere nato a _____ il _____;
- b) di essere residente in via/piazza _____ n° _____ a _____, CAP _____;
- c) di essere in possesso della cittadinanza _____;
- d) di godere dei diritti civili e politici in Italia o nello Stato membro dell'Unione Europea di provenienza;
- e) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;
- o di non aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
- o di aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione]
- f) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____;
- g) di essere iscritto all'albo _____;
- h) di essere in possesso della specializzazione in _____;
- i) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985) _____;
- l) di aver diritto a precedenza e/o preferenza in quanto _____; [barrare e specificare se ci si trova in questa condizione]
- m) di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- n) di avere o non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o Datori di lavoro privati come di seguito meglio indicato:

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	Natura rapporto (T.I., T.D., Co.Co.Co, etc.) (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE
CASA DI CURA / ENTE PRIVATO	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	Natura rapporto (T.I., T.D., Co.Co.Co, etc.) (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE

Cause di risoluzione dei rapporti di pubblico impiego:

_____ ;

o) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente selezione, ai sensi della D.Lgs 196/2003.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente selezione venga fatta al seguente indirizzo:

Dott./Dott.ssa _____

Via _____ n° _____ C.a.p. _____ città _____

Prov. _____ Telefono _____

mail: _____

Data _____ Firma _____

DICHIARA INOLTRE

che i documenti allegati, elencati nell'allegato elenco firmato e datato, sono conformi agli originali i sensi dell' art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____ Firma _____

Si allegano: curriculum formativo e professionale datato e firmato ed elenco, in triplice copia, dei documenti e dei titoli presentati.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
Ai sensi dell'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 _____ (profilo
professionale, ad esempio ostetrica....) nel livello/categoria _____ (indicare livello/categoria di
inquadramento) 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...)

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)

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 _____ (profilo
professionale, ad esempio ostetrica....) nel livello/categoria _____ (indicare livello/categoria di
inquadramento) 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 _____

Il/La 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.

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:

- di essere nato/a a _____ il _____ di essere residente a _____ ;
- di essere cittadino italiano (oppure) _____ ;
- di godere dei diritti civili e politici _____ ;
- titolo di studio posseduto _____ conseguito il _____
presso _____
- di essere in possesso della seguente qualifica professionale, titolo di specializzazione, di formazione, di aggiornamento e di
qualificazione tecnica _____

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 _____ **Il/La 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.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA
Ai sensi degli 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 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.**

DATA E LUOGO _____

Il/La 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.