

## 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.

### DICHIARA:

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 dirigente  
medico.....) 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...)

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  
dirigente medico.....) 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...).

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)

Il sottoscritto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000, dichiara di essere a  
conoscenza dell'art. 75 del DPR 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. 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

### DICHIARA:

- 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 n. 445/2000, dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 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. 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, 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.