

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

__I__ 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°3 posti di Dirigente medico nella disciplina di **Oncologia Medica.**

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 suddetto decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ ; Prov _____ ; il _____ ;
di essere residente a _____ ;
via _____ ; n. _____ C.A.P. _____ ;
2. di essere dipendente, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, della seguente Pubblica Amministrazione _____ con sede in _____ via _____ dal _____ ;
3. 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 _____ ;
4. di avere superato il periodo di prova;
5. di essere in possesso della idoneità fisica alle mansioni da svolgere;
6. Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia come richiesto dal Bando, conseguito nell'anno _____ accademico _____ presso _____ con votazione _____ ;
7. Di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di _____ rilasciata da _____ il _____ ;
8. Di essere iscritto all'albo _____ al n. _____ in data _____ ;
9. di aver conseguito la specializzazione in _____ (ovvero affine ai sensi dal D.M. Sanità 31.01.98 /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 _____ ;

10. di non essere stato destinatario di provvedimento disciplinare superiore al rimprovero scritto (censura) nei due anni antecedenti la data di scadenza del bando e di non avere procedimenti disciplinari in corso riguardanti fattispecie da cui consegue, in caso di accertamento della responsabilità, l'irrogazione di sanzione disciplinare superiore al rimprovero scritto;

11. 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]

_____ ;

12. Titoli di servizio. Di 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

13. 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):

 _____ ;

14. 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)

_____;

15. 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 alla presente mobilità;

chiede che ogni comunicazione relativa alla presente selezione 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 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** _____

Fac simile
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CONFORMITA' DI COPIA ALL'ORIGINALE
(Artt. 19 e 47 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 essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

dell'atto/documento _____ conservato/rilasciato dalla
amministrazione pubblica _____

è conforme all'originale in possesso di _____;

oppure

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, è conforme all'originale in possesso di
_____;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia del titolo di studio
_____ rilasciato da _____ è

conforme all'originale in possesso di _____;

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 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 nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro.

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 _____