

## SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale dell'A.O.U. di Cagliari

Via Ospedale, 54

09124 Cagliari

**Oggetto:** selezione pubblica, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico libero professionale di Dermatologo per la S.C. di Dermatologia dell'A.O.U. di Cagliari.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, cod. fisc. \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, tel. n° \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_\_ alla selezione in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nat\_\_ 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 \_\_\_\_\_;
- f) di non aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione ]
- g) di aver riportato condanne penali [barrare se ci si trova in questa condizione ]
- h) di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_;
- i) di essere iscritto all'albo \_\_\_\_\_;
- l) di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_;
- m) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985) \_\_\_\_\_;
- n) di aver diritto a precedenza e/o preferenza in quanto \_\_\_\_\_; [ barrare e specificare se ci si trova in questa condizione ]
- o) di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- p) di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o Datori di lavoro privati come di seguito meglio indicato:

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

Cause di risoluzione dei rapporti di pubblico impiego: \_\_\_\_\_;

q) 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;

r) 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

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...)

- 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 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.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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: \_\_\_\_\_
- 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 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 dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.**

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ dichiarante \_\_\_\_\_