

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Commissario Straordinario

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 Biologo per la S.C. di Anatomia Patologica.

__l__ sottoscritt__ Dott./Dott.ssa _____, cod. fisc. _____,
_____, tel. n° _____, e-mail _____
_____ chiede di essere ammesso 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:

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:_____;

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

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: _____
- 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, 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 _____