

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 n. 4 incarichi libero professionali per esperto in sistemi informatici aziendali in ambito sanitario per lo svolgimento di prestazioni connesse al progetto "Interventi finalizzati all'utilizzo delle classi di priorità, registrazione diretta dell'erogato, interfacciamento tra il Sistema CUP e le procedure di laboratorio analisi e radiologia".

___l___ sottoscritt___ Sig./ra _____, 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 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/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:_____;

o) 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;

p) 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:

Sig./Sig.ra _____

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, 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 _____