

FAC-SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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

\_\_1\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammessa\_\_ a partecipare all'avviso di selezione, per titoli e colloquio per:

n. 1 Biologo per lo svolgimento delle prestazioni di supporto al progetto *dal titolo: <<Analisi metabolomica del liquido follicolare in donne con differenti cause di infertilità sottoposte a FIVET>>*, in svolgimento presso l'U.O.C. Clinica Ostetrica e Ginecologica del P.O. "D.Casula" – A.O.U. Cagliari.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

di risiedere in \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ ,

tel. \_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ ;

2. di essere dipendente della seguente Pubblica Amministrazione:  
\_\_\_\_\_, con sede in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ ;

mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ ; dal  
\_\_\_\_\_ con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato,

a tempo pieno

ovvero parziale per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali, specificare tipo  orizzontale –  verticale;

3. di aver superato il periodo di prova;

4. di essere inquadrat\_\_ nel profilo professionale di  
\_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ ;

5.  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]

\_\_\_\_\_;

6. 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;
7. di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (solo per i candidati di sesso maschile nati prima del 31 dicembre 1985) \_\_\_\_\_;
8. di essere in possesso della idoneità fisica alle mansioni da svolgere;
9. Titoli di servizio (indicare eventuali cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego)

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

10. di avere i seguenti titoli che danno diritto a usufruire di riserve, precedenza o preferenze:

\_\_\_\_\_

11.  di non avere limitazioni lavorative [barrare se ci si trova in questa condizione]

di avere limitazioni lavorative [barrare e compilare se ci si trova in questa condizione]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

12. di fornire il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura di selezione;

13. di prendere atto che l'AOU di Cagliari procederà alla pubblicazione all'aggiornamento, in seguito alla partecipazione alla selezione in argomento, dei dati previsti dalla normativa vigente.

Il sottoscritto chiede che ogni eventuale comunicazione relativa alla selezione venga fatta al seguente indirizzo:

Sig. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Comune

\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_;

PEC \_\_\_\_\_

Allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

- a) documenti e titoli utili alla formulazione della graduatoria;
- b) curriculum formativo-professionale datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;
- c) un elenco dei documenti e dei titoli presentati;
- d)  Dichiarazioni sostitutive (specificare) \_\_\_\_\_;
- e) copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi dei seguenti artt: 47, 46, 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE:**

di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nell'avviso relativo alla selezione in oggetto.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**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** \_\_\_\_\_

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' ALL'ORIGINALE DI COPIA**  
**(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** \_\_\_\_\_