

Allegato 1

Per allegare fotocopie di documentazione (es. attività di aggiornamento, pubblicazioni, certificazioni (non rilasciate da P.A) relative ad attività/titoli, etc.)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 artt.19 e 47) Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso:

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL N.5 , a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il Dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____ in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: pubblica privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;
- di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____ in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: pubblica privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;
- di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____ in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: pubblica privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;
- di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____ in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: pubblica privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;
interruzione durante servizio: dal _____ al _____ motivo: _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'asl n. 5, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare servizi prestati in regime convenzionale(guardia medica /continuità assistenziale /specialista ambulatoriale)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio in qualità di Medico convenzionato.

medico di guardia medica/continuità assistenziale;
presso _____
per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al _____ per
n. _____ore/settimanali)

medico di guardia medica/continuità assistenziale;
presso _____
per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al _____ per
n. _____ore/settimanali)

medico di guardia medica/continuità assistenziale;
presso _____
per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al _____ per
n. _____ore/settimanali)

medico di guardia medica/continuità assistenziale;
presso _____
per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al _____ per
n. _____ore/settimanali)

medico di guardia medica/continuità assistenziale;
presso _____
per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al _____ per
n. _____ore/settimanali)

medico di guardia medica/continuità assistenziale;
presso _____
per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al _____ per
n. _____ore/settimanali)

medico di guardia medica/continuità assistenziale;
presso _____
per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al _____ per
n. _____ore/settimanali)

specialista ambulatoriale nella branca _____
presso _____ per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al _____
per ___h/sett.,

specialista ambulatoriale nella branca _____
presso _____ per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al
_____ per ___h/sett.,

specialista ambulatoriale nella branca _____
presso _____ per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al
_____ per ___h/sett.,

specialista ambulatoriale nella branca _____
presso _____ per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al
_____ per ___h/sett.,

specialista ambulatoriale nella branca _____
presso _____ per un totale di ore _____ ovvero dal _____ al
_____ per ___h/sett.,

medico di Medicina Generale ; presso _____
dal _____ al _____;

medico di Medicina Generale ; presso _____
dal _____ al _____;

medico di Medicina Generale ; presso _____
dal _____ al _____;

medico di Medicina Generale ; presso _____
dal _____ al _____;

medico di Medicina Generale ; presso _____
dal _____ al _____;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'asl n. 5 , a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare i Servizi prestati con rapporto:libero professionale /co.co.co / co.pro, consulente etc.:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____ in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____ (struttura **pubblica** **privata**) n. ore _____ con rapporto di lavoro:
 - libero professionale
 - co.co.co,
 - consulente
 - altro (specificare) _____
- di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____ in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____ (struttura **pubblica** **privata**) n. ore _____ con rapporto di lavoro:
 - libero professionale
 - co.co.co,
 - consulente
 - altro (specificare) _____
- di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____ in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____ (struttura **pubblica** **privata**) n. ore _____ con rapporto di lavoro:
 - libero professionale
 - co.co.co,
 - consulente
 - altro (specificare) _____
- di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____ in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____ (struttura **pubblica** **privata**) n. ore _____ con rapporto di lavoro:
 - libero professionale
 - co.co.co,
 - consulente
 - altro (specificare) _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL N. 5 a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data , _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare **attività didattica**:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47) Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di svolgere (o aver svolto) la seguente attività didattica:

- **Docenza**
presso _____ Materia: _____
_____ Incarico conferito da _____ da
_____ anno accademico _____:
- **Docenza**
presso _____ Materia: _____
_____ Incarico conferito da _____ anno
accademico _____:
- di svolgere (o aver svolto) la seguente attività di **insegnamento nei seguenti corsi di formazione**:
 - _____ nella materia
_____ su incarico
di _____ per ore _____ .
 - _____ nella materia
_____ su incarico
di _____ per ore _____ .
 - _____ nella materia
_____ su incarico
di _____ per ore _____ .

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Asl n. 5 a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data _____

Il Dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di aver partecipato alla seguente **attività di formazione ed aggiornamento** e di essere in possesso dei relativi attestati:

- Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)

- Titolo dell'evento _____
- Luogo di svolgimento dell'evento _____
- periodo/durata _____
- Ente erogatore _____
- Specificare se l'attività formativa è ECM _____
- Specificare se con test o esame finale _____

- Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)

- Titolo dell'evento _____
- Luogo di svolgimento dell'evento _____
- periodo/durata _____
- Ente erogatore _____
- Specificare se l'attività formativa è ECM _____
- Specificare se con test o esame finale _____

- Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)

- Titolo dell'evento _____
- Luogo di svolgimento dell'evento _____
- periodo/durata _____
- Ente erogatore _____
- Specificare se l'attività formativa è ECM _____
- Specificare se con test o esame finale _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL 5, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DATA _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare il possesso di **ulteriori titoli di studio** (Dottorato di ricerca/Master Universitari etc **con esclusione** di quelli già indicati nella domanda di partecipazione al concorso)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- Di aver conseguito il titolo di _____
presso _____ in data _____
- Di aver conseguito il titolo di _____
presso _____ in data _____
- Di aver conseguito il titolo di _____
presso _____ in data _____
- Di aver conseguito il titolo di _____
presso _____ in data _____
- Di aver conseguito il titolo di _____
presso _____ in data _____
- Di aver conseguito il titolo di _____
presso _____ in data _____
- Di aver conseguito il titolo di _____
presso _____ in data _____
- Di aver conseguito il titolo di _____
presso _____ in data _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL N. 5, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

DATA _____ Il Dichiarante _____