

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(il candidato dovrà utilizzare obbligatoriamente il seguente schema che non dovrà essere modificato)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, matricola n°. \_\_\_\_\_ :

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

### DICHIARA

- di prestare servizio a tempo indeterminato presso la ASL n. 5 di Oristano alla data del 31/12/2014 con il profilo professionale di \_\_\_\_\_

(indicare per esteso)

Categoria " \_\_\_\_\_ ", fascia economica \_\_\_\_\_ ;

- di aver maturato un'anzianità di servizio di almeno tre anni al 31.12.2014 nella categoria di appartenenza e nella posizione economica immediatamente inferiore (fascia) a quella per la quale si intende richiedere il passaggio;

- di aver maturato la seguente esperienza professionale:

\* di prestare (o aver prestato) servizio **presso PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI** come segue:

1 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_

con rapporto di dipendenza a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore;

2 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_

con rapporto di dipendenza a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore;

3 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_

con rapporto di dipendenza a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore;

4 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_

con rapporto di dipendenza a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore;

5 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_

con rapporto di dipendenza a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore;

N.B. si precisa che, in applicazione del CCNL 20.09.2001, il passaggio dalla categoria "C" alla categoria "D" del personale del ruolo sanitario è avvenuto in data 1.09.2001.

\* di aver prestato i seguenti servizi presso **strutture private Convenzionate o Accreditate**:

1 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro di natura subordinata;

2 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_

- qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
 con rapporto di lavoro di natura subordinata;
- 3 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_  
 qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
 con rapporto di lavoro di natura subordinata;
- 4 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_  
 qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
 con rapporto di lavoro di natura subordinata;
- 5 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_  
 qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
 con rapporto di lavoro di natura subordinata;
- 5 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_  
 qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
 con rapporto di lavoro di natura subordinata;

× di aver prestato i seguenti servizi presso **Aziende del Servizio Sanitario Nazionale per il tramite di un'agenzia di lavoro interinale:**

- 1 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_  
 qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
 con rapporto di lavoro di natura subordinata;
- 2 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_  
 qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
 con rapporto di lavoro di natura subordinata;
- 3 • data inizio \_\_\_\_\_ fine rapporto \_\_\_\_\_ Ente \_\_\_\_\_  
 qualifica \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_  
 con rapporto di lavoro di natura subordinata;

Í di aver usufruito dei seguenti periodi di aspettativa:

- 1 • data inizio \_\_\_\_\_ fine aspettativa \_\_\_\_\_ motivazione \_\_\_\_\_
- 2 • data inizio \_\_\_\_\_ fine aspettativa \_\_\_\_\_ motivazione \_\_\_\_\_

- di aver conseguito i seguenti attestati di aggiornamento:

- 1 • data inizio \_\_\_\_\_ data fine evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_  
 Ente organizzatore \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_
- 2 • data inizio \_\_\_\_\_ data fine evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_  
 Ente organizzatore \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_
- 3 • data inizio \_\_\_\_\_ data fine evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_  
 Ente organizzatore \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_
- 4 • data inizio \_\_\_\_\_ data fine evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_  
 Ente organizzatore \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_
- 5 • data inizio \_\_\_\_\_ data fine evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_  
 Ente organizzatore \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_
- 6 • data inizio \_\_\_\_\_ data fine evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_

Ente organizzatore \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_

7• data inizio \_\_\_\_\_ data fine evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_

Ente organizzatore \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_

8• data inizio \_\_\_\_\_ data fine evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_

Ente organizzatore \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_

9• data inizio \_\_\_\_\_ data fine evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_ organizzatore \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - di aver partecipato in **qualità di**

**relatore** ai seguenti corsi/congressi di aggiornamento:

1• data inizio evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_ Ente organizzatore \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

2• data inizio evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_ Ente organizzatore \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

3• data inizio evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_ Ente organizzatore \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

4 • data inizio evento \_\_\_\_\_ durata (indicare il n. di giornate) \_\_\_\_\_ Ente organizzatore \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

- di essere in possesso delle seguenti qualifiche professionali/titolo di abilitazione/di specializzazione:

1 • per \_\_\_\_\_ , conseguita nell'anno \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ ;

2 • per \_\_\_\_\_ , conseguita nell'anno \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ ;

3 • per \_\_\_\_\_ , conseguita nell'anno \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ ;

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

**\* docenza:**

1• presso \_\_\_\_\_ materia: \_\_\_\_\_

Incarico conferito da \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ ;

2• presso \_\_\_\_\_ materia: \_\_\_\_\_

Incarico conferito da \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ ;

3• presso \_\_\_\_\_ materia: \_\_\_\_\_

Incarico conferito da \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ ;

**\* attività di insegnamento nei seguenti corsi di formazione:**

1• \_\_\_\_\_ materia: \_\_\_\_\_

su incarico conferito da \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ ;

2• \_\_\_\_\_ materia: \_\_\_\_\_

su incarico conferito da \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ ;

3• \_\_\_\_\_ materia: \_\_\_\_\_

su incarico conferito da \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_ ;

**- di essere autore/coautore delle seguenti pubblicazioni:**

1 • tipo di pubblicazione \_\_\_\_\_ cognome e nome autore \_\_\_\_\_, anno \_\_\_\_\_, titolo opera \_\_\_\_\_ titolo rivista \_\_\_\_\_ luogo di edizione \_\_\_\_\_ casa editrice \_\_\_\_\_ numero edizione \_\_\_\_\_ numero di pagina iniziale e finale \_\_\_\_\_ ;

2 • tipo di pubblicazione \_\_\_\_\_ cognome e nome autore \_\_\_\_\_, anno \_\_\_\_\_, titolo opera \_\_\_\_\_ titolo rivista \_\_\_\_\_ luogo di edizione \_\_\_\_\_ casa editrice \_\_\_\_\_ numero edizione \_\_\_\_\_ numero di pagina iniziale e finale \_\_\_\_\_ ;

3 • tipo di pubblicazione \_\_\_\_\_ cognome e nome autore \_\_\_\_\_, anno \_\_\_\_\_, titolo opera \_\_\_\_\_ titolo rivista \_\_\_\_\_ luogo di edizione \_\_\_\_\_ casa editrice \_\_\_\_\_ numero edizione \_\_\_\_\_ numero di pagina iniziale e finale \_\_\_\_\_ ;

4 • tipo di pubblicazione \_\_\_\_\_ cognome e nome autore \_\_\_\_\_, anno \_\_\_\_\_, titolo opera \_\_\_\_\_ titolo rivista \_\_\_\_\_ luogo di edizione \_\_\_\_\_ casa editrice \_\_\_\_\_ numero edizione \_\_\_\_\_ numero di pagina iniziale e finale \_\_\_\_\_ ;

**- di aver conseguito i seguenti titoli culturali:**

1 • titolo di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

2 • titolo di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

3 • titolo di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ ;

4 • titolo di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ ;

Il sottoscritto dichiara:

- di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora l'ASL n. 5 di Oristano, a seguito di controllo, accerti la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_