

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 _____