

Per dichiarare i **Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA**

**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 /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (specificare gg/mm/aa/)  
in qualità di (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto  
dell'incarico) \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ - struttura: pubblica privata - con  
rapporto di dipendenza a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a  
\_\_\_\_\_ ore ;

di prestare (o aver prestato) servizio dal /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (specificare gg/mm/aa/)  
in qualità di (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto  
dell'incarico) \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ - struttura: pubblica privata -con  
rapporto di dipendenza a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a  
\_\_\_\_\_ ore ;

Interruzione dal servizio: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà  
comportare la non considerazione dei titoli suindicati da parte della commissione Esaminatrice.  
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'Azienda 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 servizi prestati **per conto di AGENZIE INTERINALI**

**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 / \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (specificare gg/mm/aa/)  
in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento  
attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_  
per conto dell' Agenzia Interinale \_\_\_\_\_ con  
rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore  
di prestare (o aver prestato) servizio dal / \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al / \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (specificare gg/mm/aa/) in  
qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento  
attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_ per  
conto dell' Agenzia Interinale \_\_\_\_\_ con  
rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a \_\_\_\_\_ ore  
di prestare (o aver prestato) servizio dal / \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al / \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (specificare gg/mm/aa/) in  
qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di inquadramento  
attribuito all'atto dell'incarico) presso \_\_\_\_\_  
per conto dell' Agenzia Interinale \_\_\_\_\_  
con rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a  
\_\_\_\_\_ ore

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà  
comportare la non considerazione dei titoli suindicati da parte della commissione Esaminatrice.

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'Azienda 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 i servizi prestati con **rapporto di lavoro autonomo**:  
libero professionale /co.co.co / co.pro, consulente etc. presso strutture pubbliche o private:

**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 /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (specificare gg/mm/aa/)  
in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di  
inquadramento attribuito all'atto dell'incarico), presso la struttura: pubblica privata  
(denominazione ente/struttura) \_\_\_\_\_ con  
rapporto di lavoro autonomo: libero professionale , co.co.co, consulente altro (specificare)

di prestare (o aver prestato) servizio dal /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (specificare gg/mm/aa/)  
in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di  
inquadramento attribuito all'atto dell'incarico), presso la struttura: pubblica privata  
(denominazione ente/struttura) \_\_\_\_\_ con  
rapporto di lavoro autonomo: libero professionale , co.co.co, consulente altro (specificare)

di prestare (o aver prestato) servizio dal /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ al /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (specificare gg/mm/aa/)  
in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare profilo di  
inquadramento attribuito all'atto dell'incarico), presso la struttura: pubblica privata  
(denominazione ente/struttura) \_\_\_\_\_ con  
rapporto di lavoro autonomo: libero professionale , co.co.co, consulente altro (specificare)

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà  
comportare la non considerazione dei titoli suindicati da parte della commissione Esaminatrice.  
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'Azienda 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 diprovvedere agli adempimenti di obblighi  
di legge.

Data , \_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Per dichiarare attività di insegnamento :

**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 \_\_\_\_\_ 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 è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati da parte della commissione Esaminatrice.

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'Azienda 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 attività di aggiornamento e formazione:

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

Tipologia evento (specificare) corso congresso convegno \_\_\_\_\_

Titolo dell'evento \_\_\_\_\_

In qualità di relatore/ partecipante \_\_\_\_\_

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

Data evento \_\_\_\_\_

Durata giorni \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

Tipologia evento (specificare) corso congresso convegno \_\_\_\_\_

Titolo dell'evento \_\_\_\_\_

In qualità di relatore/ partecipante \_\_\_\_\_

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

Data evento \_\_\_\_\_

Durata giorni \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Specificare se l'attività formativa è ECM si - no

Specificare se con test o esame finale si - no

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà  
comportare la non considerazione dei titoli suindicati da parte della commissione Esaminatrice.

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'Azienda 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 il possesso di Attestati di qualifica professionale. e/o ulteriori titoli di studio (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 essere in possesso dei seguenti attestati /toli, attinenti la posizione da conferire:

Titolo: \_\_\_\_\_ Ente erogatore \_\_\_\_\_ Data conseguimento \_\_\_\_\_  
Durata \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Durata \_\_\_\_\_

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati da parte della commissione Esaminatrice. 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'Azienda 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 allegare fotocopie di: attestati di aggiornamento, pubblicazioni ,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

**D I C H I A R A**

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

- documento: \_\_\_\_\_;
- documento: \_\_\_\_\_;
- documento: \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto è consapevole che la mancata integrale compilazione dei suddetti campi potrà comportare la non considerazione dei titoli suindicati da parte della commissione Esaminatrice.

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'Azienda 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 \_\_\_\_\_

**COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER I BENEFICIARI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68  
(ex legge 482/68) NORME PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI**

Coloro che intendono beneficiare della suddetta riserva dovranno compilare la sottostante autocertificazione nella quale dichiarano di essere in possesso dei requisiti per avere titolo alla stessa. L'assenza di tale dichiarazione, all'atto della presentazione della domanda di partecipazione al concorso, equivale a rinuncia ad usufruire dei benefici della riserva del posto.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (D.P.R. 445/2000)**

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

**D I C H I A R A**

al fine di usufruire del beneficio della riserva dei posti, ai sensi della L.68/99 " Norme per il diritto al lavoro dei Disabili", (il candidato deve, obbligatoriamente, barrare le caselle a) e b):

a) di appartenere ad una delle categorie di soggetti disabili di cui all'art. 1 della L.68/99 (ex legge 482/68);

b) di essere iscritt\_\_ negli elenchi/graduatorie Provinciali dei disabili del Centro per l'impiego della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 8 della predetta legge e risultare disoccupat\_\_ alla data del termine stabilito per la presentazione (scadenza) delle domande di partecipazione al presente concorso.

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'Azienda Usl 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 \_\_\_\_\_

**COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER I BENEFICIARI DELLA RISERVA AI SENSI DEL D.LGS 66/2010 ARTT. 678 E 1014 - VOLONTARI DELLE FORZE ARMATE**

Coloro che intendono beneficiare della suddetta riserva dovranno compilare la sottostante autocertificazione.

**L'assenza di tale dichiarazione** all'atto della presentazione della domanda di partecipazione al concorso, equivale a rinuncia ad usufruire dei benefici della riserva del posto.

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

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

**D I C H I A R A**

Come attestato nel foglio matricolare dello stato di servizio, al fine di usufruire del beneficio della riserva dei posti, ai sensi del D.Lgs n. 66/2010, di appartenere alla seguente categoria di volontari delle Forze armate (barrare la casella interessata):

- /\_\_\_/ V.F.B. ex D.lgs 196/95;
- /\_\_\_/ V.F.P. ex L. 226/04;
- /\_\_\_/ Ufficiali in rafferma biennale o prefissata ex D.lgs 236/03;

Dichiaro, pertanto:

di aver prestato servizio dal (specificare gg/m/a) \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
grado/qualifica \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
Arma o corpo \_\_\_\_\_

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'Azienda 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 \_\_\_\_\_