



DELIBERAZIONE N. 1391

Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 27 LUG. 2016

Oggetto: Indizione Selezione Pubblica per titoli e colloquio per la copertura a tempo determinato di posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere – categ. D per le esigenze dell’Azienda Ospedaliera G.Brotzu di Cagliari.

Publicata all’Albo Pretorio dell’Azienda a partire dal 28 LUG. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Dott.ssa Laura Balata
DIRETTORE SANITARIO	Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

**SU** proposta della S.C. Servizio Personale

**VISTO** il D.Lgs n.502/119 e ss.mm.ii

**VISTO** il D.P.R. n.220/2001

**VISTO** il D.Lgs n.165/2001

**VISTA** la L.R. n.23 del 17/11/2014

**PREMESSO** che questa Azienda Ospedaliera ha la necessità di ricorrere, nei casi di sostituzione previsti dalla normativa vigente in materia, all’assunzione di personale a tempo determinato nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere – categ. D;

**CONSIDERATA** la necessità di procedere, mediante selezione per titoli e colloquio, alla formazione di una graduatoria per l’assunzione a tempo determinato, nel caso di accertate e comprovate necessità assistenziali e in conformità alle disposizioni regionali, delle figure professionali sopra indicate, al fine di assicurare la continuità del servizio assistenziale nelle varie strutture sanitarie di questa Azienda Ospedaliera;

**RITENUTO** di dover approvare il bando relativo alla selezione pubblica che si allega in copia alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;

**CON** il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

*B*

**D E L I B E R A**

Per i motivi esposti in premessa:

- di indire una Selezione pubblica per titoli e colloquio per la formazione di una graduatoria per l'assunzione a tempo determinato di posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere – categ. D per le esigenze dell'Azienda Ospedaliera G.Brotzu di Cagliari;
- di approvare il bando della selezione che si allega in copia alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;
- di disporre la pubblicazione del bando di Selezione sul Sito Internet Aziendale.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. ssa Maria Gabriella Nardi

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott.ssa Graziella Pintus



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**REGIONE SARDEGNA**

**AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"**

**CAGLIARI**

**SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI E COLLOQUIO PER LA  
COPERTURA A TEMPO DETERMINATO DI POSTI DI  
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO -INFERMIERE-  
CATEG. D PER LE ESIGENZE DELL' AZIENDA OSPEDALIERA  
G.BROTZU DI CAGLIARI**

In esecuzione della deliberazione del Commissario Straordinario n. del \_\_\_/\_\_\_/2016 è indetta una Selezione Pubblica, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo determinato di posti di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE (Categ. D ).

L'ammissione alla selezione e le modalità di espletamento della stessa sono stabilite dal vigente CCNL Comparto Sanità, dal DPR 220/2001 e successive modifiche ed integrazioni, dal DPR 445/2000 e ss.mm.ii., dal D.Lgs 165/01 e successive modifiche ed integrazioni, dal D.lgs n.368/99

Ai posti di cui trattasi è attribuito il trattamento economico previsto dalla normativa vigente al momento dell'assunzione.

E' garantita "la parità e la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro" come stabilito dall'art.3 comma 2 D.P.R. 487/94 a cui rinvia l'art.3 del D.P.R.220/01.

## **REQUISITI DI AMMISSIONE**

Possono partecipare alla\_selezione coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

1)Cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti; ai sensi dell'art. 38, commi 1 e 3-bis del D. LGS 165/01 e ss.mm.ii. possono partecipare i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e i loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria.

I cittadini degli stati membri dell'Unione Europea e degli altri Stati devono possedere i seguenti requisiti:

- godere dei diritti civili e politici anche negli stati di appartenenza o di provenienza;
- essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica Italiana;
- avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana.

Idoneità fisica all'impiego. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego, con l'osservanza delle norme in tema di categorie protette, è effettuato da una struttura pubblica del SSN, prima dell'immissione in servizio. Il personale dipendente da pubbliche amministrazioni ed il personale dipendente dagli istituti, ospedali ed enti di cui agli articoli 25 e 26 comma 1, del DPR 20 dicembre 1979 n. 761, è dispensato dalla visita medica

Laurea o Diploma Universitario di Infermiere o titolo equipollente ex Decreto del Ministro della Sanità del 27/07/00 e successive modifiche ed integrazioni.

Iscrizione al relativo albo professionale. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Non possono accedere all'impiego coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

Tutti i suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione alla selezione.

#### **DOMANDE DI AMMISSIONE**

Le domande di partecipazione alla selezione (redatte in carta libera secondo lo schema esemplificativo allegato) debitamente sottoscritte, pena esclusione, devono essere spedite con una delle seguenti modalità:

**-a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento**

**- mediante Posta Elettronica Certificata all'indirizzo P.E.C. concorsi.selezione@pec.aobrotzu.it**

indirizzandola al:

**COMMISSARIO STRAORDINARIO dell' AZIENDA OSPEDALIERA  
G. BROTZU – Piazzale A. Ricchi -09134 Cagliari.**

La validità di invio mediante P.E.C. è subordinata all'utilizzo da parte dei candidati di casella di posta elettronica **certificata personale**. Non è possibile l'invio da casella di posta elettronica semplice, anche se indirizzato alla casella PEC sopra indicata. Si prega inoltre di inviare domanda, debitamente sottoscritta pena esclusione, e allegati in formato PDF, inserendo il tutto, ove possibile, in **un unico file**.

Non saranno considerate prodotte in tempo utile le domande che pervengano (anche tramite P.E.C.) dopo il termine sopraindicato, qualunque sia la causa del ritardato arrivo.

Ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000 non viene richiesta l'autenticazione della sottoscrizione in calce alla domanda. La spedizione deve essere fatta, pena esclusione, entro e non oltre il giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando sul sito internet aziendale. Qualora detto giorno sia festivo, il termine sarà prorogato al primo giorno successivo non festivo. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti ad esse correlati è perentorio. A tal fine fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante se inviata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento. Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il giorno:

---

Nella domanda di ammissione alla selezione gli aspiranti devono dichiarare, ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del DPR 445/00, consapevoli delle responsabilità penali cui possono andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR sopramenzionato:

il cognome, il nome, la data, il luogo di nascita e la residenza;

l'indicazione della cittadinanza posseduta;

il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime;

le eventuali condanne penali riportate o i procedimenti penali in corso

il possesso dei titoli richiesti come requisiti al precedente punto 3 e 4) (*nella dichiarazione dei titoli di studio deve essere indicata la data esatta del conseguimento e della sede, la denominazione completa dell'Istituto presso il quale sono stati conseguiti nonché, nel caso di conseguimento all'estero, degli estremi del provvedimento Ministeriale con il quale ne è stato disposto il riconoscimento in Italia*);

la posizione nei riguardi degli obblighi militari ( *per i soggetti nati entro il 1985*);

i servizi prestati come impiegati presso pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego ( *in assenza di precedenti rapporti di pubblico impiego va resa esplicita dichiarazione negativa*);

gli eventuali titoli comprovanti il diritto di preferenza di legge nella nomina previsti dall'art.5 del D.P.R.487/94, e successive modifiche ed integrazioni;

un solo domicilio (ed eventuale recapito telefonico) presso il quale deve esser loro fatta pervenire ogni necessaria comunicazione inerente la selezione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata nella domanda. I candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo all' Azienda Ospedaliera G.Brotzu. L'Ente non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato ovvero da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

#### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

Alla domanda di partecipazione alla selezione i concorrenti devono allegare dichiarazioni sostitutive ai sensi degli artt. 46 e/o 47 DPR 445/2000 dalle quali risulti il possesso dei seguenti requisiti:

Dichiarazione attestante il possesso dei requisiti di ammissione di cui al precedente punto 3 e 4)

un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, e corredato formalmente di tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengano opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito

le pubblicazioni edite a stampa, ove esistenti

fotocopia di un valido documento di identità

un elenco in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati.

Si fa presente che il servizio prestato deve essere autocertificato con la dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 (vedi allegato "C") e deve contenere l'esatta denominazione dell'ente presso il quale il servizio è stato prestato, profilo, disciplina ed area di appartenenza e tipologia dell'incarico affidato, il tipo di rapporto di lavoro (esclusivo e non esclusivo, full-time o ad impegno orario ridotto; nel caso di impegno orario ridotto specificare la percentuale di riduzione), il periodo di servizio effettuato, nonché le eventuali interruzioni (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare etc.) e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso. Inoltre, se il servizio è stato prestato presso il SSN deve essere attestato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

Per la valutazione del servizio prestato all'estero o presso organismi internazionali si rimanda alle disposizioni dell'art. 22 del DPR 220/01.

Per i periodi di effettivo servizio militare di leva, di richiamo alle armi, di ferma volontaria e di rafferma, valutabili nei titoli di carriera ai sensi dell'art. 20, comma 2, del Regolamento concorsuale, è necessario che gli interessati specifichino, oltre all'esatto periodo di servizio prestato anche se il servizio stesso sia stato svolto o meno con mansioni riconducibili al profilo a concorso.

Le pubblicazioni devono essere presentate in copia purchè il candidato dichiari che la stessa è conforme all'originale mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (vedi allegato "B").

I documenti e i titoli redatti in lingua straniera, escluse le pubblicazioni, devono essere corredati da una traduzione in lingua italiana, certificata conforme al testo straniero dalle competenti autorità diplomatiche o consolari ovvero da un traduttore ufficiale. In mancanza l'Ente potrà non procedere alla relativa valutazione.

Si precisa inoltre che la conformità delle copie all'originale può essere dichiarata solo con la dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 (vedi allegato "B").

**IN APPLICAZIONE DELL'ART. 15 DELLA LEGGE 183/2011  
NON POTRANNO ESSERE ACCETTATI CERTIFICAZIONI  
RILASCIATE DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, PERTANTO  
QUALORA IL CANDIDATO PRESENTI TALI CERTIFICATI GLI  
STESSI NON SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE.**

Le dichiarazioni sostitutive devono contenere espressa assunzione di responsabilità ai sensi del DPR 445/2000 e tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dal titolo cui si riferiscono (vedi allegato "A"). La mancanza anche parziale di tali elementi preclude la possibilità di procedere alla relativa valutazione.

Le dichiarazioni sostitutive devono essere presentate unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità. La mancanza del documento d'identità preclude la possibilità di procedere alla relativa valutazione.

L'Amministrazione, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, è tenuta ad effettuare idonei controlli, anche a campione, ed in tutti i casi laddove sussistano ragionevoli dubbi sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Ai sensi dell'art. 1 comma 1 della L. 23.8.88 nr. 370 a decorrere dall'1.1.89 non sono soggetti all'imposta di bollo le domande ed i relativi documenti per la partecipazione.

## **VALUTAZIONE DEI TITOLI E COLLOQUIO**

La Commissione secondo quanto disposto dal regolamento aziendale sopra richiamato disporrà complessivamente di 60 punti così ripartiti:

punti 30 per la valutazione dei titoli;

punti 30 per la valutazione del colloquio;

### **Valutazione dei titoli:**

I punti per la valutazione dei titoli, ai sensi del D.P.R. N. 200/2001, sono ripartiti fra le seguenti categorie:

1. Titoli di carriera: punti 15;
2. Titoli accademici e di studio: punti 3;
3. Pubblicazioni e titoli scientifici: punti 2;
4. Curriculum formativo e professionale: punti 10;

### **Valutazione colloquio:**

Il colloquio sarà volto a valutare le conoscenze e le attitudini in relazione al posto da ricoprire e verterà su argomenti scelti dalla commissione attinenti alla materia oggetto della Selezione e della destinazione del servizio. Il punteggio attribuibile è di 30 punti.

Il colloquio si riterrà superato qualora il candidato abbia conseguito un punteggio minimo di punti 16/30

**SI COMUNICA CHE LA DATA IN CUI SI TERRA' IL COLLOQUIO VERRA' COMUNICATO AI CANDIDATI MEDIANTE PUBBLICAZIONE SUL SITO INTERNET AZIENDALE.**

I candidati che non si presenteranno a sostenere il colloquio nel giorno,ora e sede stabiliti saranno considerati rinunciatari alla Selezione quale sia la causa dell'assenza, anche indipendente dalla loro volontà.

Per essere ammessi a sostenere le prove di esame i candidati dovranno esibire, a pena di esclusione, documento di riconoscimento in corso di validità.

### **GRADUATORIA**

La graduatoria sarà formulata dall' apposita commissione secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato sulla base della valutazione dei titoli presentati e del colloquio, con l'osservanza, a parità di punti, delle preferenze previste dall'art. 5 del DPR 487/94 e ss.mm.ii..

L'assunzione sarà effettuata nel rispetto della graduatoria generale di merito.

### **COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

Il rapporto di lavoro si costituirà mediante stipula di contratto individuale di assunzione.

**Si rende altresì noto che tutte le comunicazioni inerenti la costituzione del rapporto di lavoro verranno trasmesse da parte di questa Azienda Ospedaliera all'interessato direttamente mediante comunicazione all'indirizzo mail o PEC indicate dal candidato nella domanda di partecipazione alla selezione.**

I contenuti di tale atto saranno vincolati al rispetto della normativa derivante dalla contrattazione collettiva al momento vigente e dovranno inderogabilmente prevedere una clausola di automatico adeguamento alle eventuali successive modifiche apportate alla disciplina economica e giuridica del rapporto dalla futura contrattazione collettiva di lavoro.

### **TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 11 del D. Lgs 30.06.2003, n° 196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso le strutture organizzative di amministrazione del personale dell'A.O.B per le finalità di gestione della selezione e saranno trattati presso una banca dati eventualmente automatizzata anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dal concorso.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle amministrazioni pubbliche eventualmente interessate allo svolgimento della selezione o alla posizione giuridico-economica del candidato.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo, tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui quello di far rettificare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché ancora quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

La partecipazione alla presente Selezione presuppone l'integrale conoscenza ed accettazione, da parte dei candidati, delle disposizioni di legge e contrattuali relative alle assunzioni presso le Aziende del SSN e di quelle relative allo stato giuridico ed al trattamento economico del personale.

#### **NORME DI SALVAGUARDIA**

Per quanto non particolarmente contemplato nel presente avviso si intendono qui richiamate, a tutti gli effetti, le disposizioni di legge e regolamentari vigenti in materia.

L'Azienda Ospedaliera G.Brotzu si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente bando qualora ricorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr.ssa Graziella Pintus

#### **FAC SIMILE DOMANDA**

***(da compilare in maniera leggibile)***

**Al Commissario Straordinario  
dell'Azienda Ospedaliera  
G. Brotzu  
Piazzale A.Ricchi 1  
09134 Cagliari**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

chiede di esser ammesso a partecipare alla

**SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI E COLLOQUIO PER LA  
COPERTURA A TEMPO DETERMINATO DI POSTI DI  
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO -INFERMIERE-  
CATEG. D PER LE ESIGENZE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA  
G.BROTZU DI CAGLIARI**

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76  
del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e  
dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:**

1. di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e di essere residente a \_\_\_\_\_

(prov. \_\_\_\_\_) Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

2. di essere in possesso della cittadinanza italiana;

3. di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato

\_\_\_\_\_

4. di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

5. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di

\_\_\_\_\_

(ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste  
elettorali \_\_\_\_\_ medesime)

\_\_\_\_\_

6. di non aver riportato condanne penali \_\_\_\_\_

ovvero di aver riportato condanne penali per \_\_\_\_\_

7. di trovarsi nella seguente posizione nei confronti degli obblighi militari (se espletato indicare qualifica e periodo nel quale è stato prestato il servizio militare) \_\_\_\_\_

8. di essere iscritto all'albo professionale \_\_\_\_\_

Della Provincia di \_\_\_\_\_ al nr° \_\_\_\_\_

9. di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni

(da indicare solo con rapporto di **Dipendenza** a tempo indeterminato o determinato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

In qualità di \_\_\_\_\_

Causa di cessazione del rapporto di lavoro

\_\_\_\_\_

10. di accordare il consenso a che i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

11. di accettare integralmente tutte le disposizioni contenute nel bando di selezione

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DATATO E FIRMATO

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE REDATTO IN CARTA SEMPLICE DATATO E FIRMATO

DOCUMENTI (in originale o in fotocopia autocertificata o autocertificazione)

ELENCO NUMERATO DI TUTTI I DOCUMENTI PRESENTATI DATATO E FIRMATO

PUBBLICAZIONI (devono essere allegate in originale o in copia autenticata e non solo elencate).

**CHIEDE CHE INOLTRE CHE TUTTE LE COMUNICAZIONI  
RELATIVE ALLA PRESENTE SELEZIONE IVI COMPRESSE QUELLE  
RELATIVE ALLA COSTITUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO  
SIANO INDIRIZZATE AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

PEC: \_\_\_\_\_

MAIL: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

( non necessita di autenticazione ai sensi della L. n°127/97 )

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'****(ART.47 D.P.R.445/2000)**

\_\_\_I\_\_\_ sottoscrit\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_

nat\_\_a\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000  
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,**D I C H I A R A****DI AVER PRESTATO E/O PRESTARE SERVIZIO PRESSO LE****SEGUENTI AZIENDE SANITARIE, O ENTI PUBBLICI O ENTI****PRIVATI SOLO SE CONVENZIONATI CON SSN**

<b>DAL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____	<b>AL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____	<b>QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO:</b> _____	<b>ENTE</b>	<b>TIPO RAPPORTO</b> <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare percentuale) <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Co.Co.Co. <input type="checkbox"/> Collaborazione occasionale <input type="checkbox"/> Interinale
<b>DAL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____	<b>AL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____	<b>QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO:</b> _____	<b>ENTE</b>	<b>TIPO RAPPORTO</b> <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare percentuale) <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Co.Co.Co. <input type="checkbox"/> Collaborazione occasionale <input type="checkbox"/> Interinale
<b>DAL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____	<b>AL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____	<b>QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO:</b> _____	<b>ENTE</b>	<b>TIPO RAPPORTO</b> <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare percentuale) <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Co.Co.Co. <input type="checkbox"/> Collaborazione occasionale <input type="checkbox"/> Interinale

**SI RENDE NOTO CHE QUALORA NON SIA POSSIBILE ACCERTARE  
IL SERVIZIO DICHIARATO A CAUSA DELLE INESATTE O  
INCOMPLETE INDICAZIONI, LO STESSO NON VERRA' VALUTATO****Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscrit\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_

nat\_\_a\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000  
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

### D I C H I A R A

#### DI AVER PRESTATO E/O PRESTARE SERVIZIO PRESSO I

#### SEGUENTI ENTI PRIVATI:

<b>DAL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____	<b>AL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____ -	<b>QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO:</b> _____	<b>ENTE</b>	<b>TIPO RAPPORTO</b> <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare percentuale) <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Co.Co.Co. <input type="checkbox"/> Collaborazione occasionale <input type="checkbox"/> Interinale
<b>DAL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____	<b>AL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____ -	<b>QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO:</b> _____	<b>ENTE</b>	<b>TIPO RAPPORTO</b> <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare percentuale) <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Co.Co.Co. <input type="checkbox"/> Collaborazione occasionale <input type="checkbox"/> Interinale
<b>DAL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____	<b>AL</b> Giorno/ mese/ anno ____/____/____ -	<b>QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO:</b> _____	<b>ENTE</b>	<b>TIPO RAPPORTO</b> <input type="checkbox"/> Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part time (indicare percentuale) <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Co.Co.Co. <input type="checkbox"/> Collaborazione occasionale <input type="checkbox"/> Interinale

**SI RENDE NOTO CHE QUALORA NON SIA POSSIBILE ACCERTARE**

**IL SERVIZIO DICHIARATO**

**A CAUSA DELLE INESATTE O INCOMPLETE INDICAZIONI, LO**

**STESSO NON VERRA' VALUTATO**

**Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(ART.47 D.P.R.445/2000)**

\_\_\_l\_\_\_ sottoscrit \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat\_\_a\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000  
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

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

di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento, convegni,

seminari, ecc:

TITOLO DEL CORSO	ENTE ORGANIZZATORE	DATA SVOLGIMENTO	N. GIORNI	TIPO DI CORSO
				<input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore
				<input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore
				<input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore
				<input type="checkbox"/> Con esame finale <input type="checkbox"/> Senza esame <input type="checkbox"/> Quale Relatore <input type="checkbox"/> Quale Uditore

**Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **li** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(ART.47 D.P.R.445/2000)**

\_\_I\_\_ sottoscrit \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat\_\_a\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000  
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

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

di aver svolto le seguenti attività di docenza:

TITOLO CORSO	ENTE ORGANIZZATORE	DATA SVOLGIMENTO	MATERIA DI INSEGNAMENTO	N° ORE DOCENZA

**Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **li** \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

\_\_\_l\_\_\_ sottoscrit \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat\_a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000  
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,  
dichiara di essere in possesso delle sotto elencate certificazioni:

TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del Concorso <input type="checkbox"/> <b>Volontario</b> <input type="checkbox"/> <b>Borsista</b> <input type="checkbox"/> <b>Ricercatore</b>	DAL  Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	AL  Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	ENTE
TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del Concorso <input type="checkbox"/> <b>Volontario</b> <input type="checkbox"/> <b>Borsista</b> <input type="checkbox"/> <b>Ricercatore</b>	DAL  Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	AL  Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	ENTE
TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del Concorso <input type="checkbox"/> <b>Volontario</b> <input type="checkbox"/> <b>Borsista</b> <input type="checkbox"/> <b>Ricercatore</b>	DAL  Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	AL  Giorno/ mese/ anno  ____/____/____	ENTE

**Letto, confermato e sottoscritto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEL  
TITOLO DI STUDIO**

**(ART.46 D.P.R.445/2000)**

\_\_I\_\_ sottoscrit\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_

nat\_\_a\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000  
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

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

Di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio:

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_

in data\_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informato / a, secondo quanto previsto dal  
D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno  
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito  
del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

**(D.P.R. 445/2000)**

\_\_\_l\_\_\_ sottoscrit \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat\_\_a\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000  
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

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

Di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sottoelencati sono conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso le persone fisiche o giuridiche sottoelencate (indicare per ciascun documento i dati relativi alla persona fisica o giuridica che possiede gli originali).

Descrizione documento	Indicazione possessore
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 445/00 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu", a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Di accordare il consenso, in base al D. Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), affinché i propri dati possano

essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_

Il dichiarante deve allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, debitamente sottoscritto.