AO Brotzu

Deliberazione 1643

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 25 LUG. 2018

OGGETTO: Indizione mobilità regionale, per titoli e colloquio, per la copertura ai sensi del D.lgs. n° 165/2001 e dell'art. 20 del C.C.N.L. dell'area Medica e Veterinaria, di n. 5 (cinque) posti di Dirigente Medico nella disciplina di Neurologia per la SC di Neurologia e Stroke Unit, afferente al Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione dell' Azienda Ospedaliera G. Brotzu di Cagliari.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 25 LUG. 2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

SU proposta della Servizio Gestione Sviluppo Risorse Umane

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, recante «Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'art. 1, della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

VISTA la deliberazione n. 1857 del 28/09/2017 con la quale è stato adottato il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera G.Brotzu di Cagliari, approvato dalla Giunta Regionale con DGR n.47/25 del 10/10/2017, nel quale è ricompreso nel Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione la Struttura Complessa denominata Neurologia e Stroke Unit;

VISTA Deliberazione n.1564 del 10/07/2018 con la quale è stata approvata in via provvisoria la dotazione organica dell'Azienda Ospedaliera G.Brotzu di Cagliari; dalla quale si evince che per quanto attiene la disciplina di Neurologia, risultano vacanti n. 5 posti del profilo dirigenziale;

VALUTATA la richiesta prot. n.6215 del 13/07/2018 con la quale il Direttore della SC Neurologia e Stroke Unit, richiede in considerazione delle esigenze venutesi a creare in relazione alla tipologia ed alla complessità dei pazienti afferenti al reparto, l'attivazione delle procedure volte all'acquisizione a tempo indeterminato dei posti vacanti sopra indicati;

RITENUTO di dover accogliere la suddetta richiesta e per l'effetto attivare le procedure previste dalla normativa vigente in materia, mediante lì indizione di una mobilità regionale per titoli e colloquio, per la copertura ai sensi del D.lgs. n° 165/2001 e dell'art. 20 del C.C.N.L. dell'area Medica e Veterinaria, di n. 5 (cinque) posti di Dirigente Medico nella disciplina di Neurologia per la SC di Neurologia e Stroke Unit, afferente al Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione dell' Azienda Ospedaliera G:Brotzu di Cagliari.

VISTO il bando di mobilità che si unisce in copia alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;

VISTO il DPR n.483/1997, il Dlgs n.165/2001 e ss.mm.ii

CON il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

D E L I B E R A

Per motivi esposti in premessa:

- di indire una mobilità regionale per titoli e colloquio, per la copertura ai sensi del D.lgs. n° 165/2001 e dell'art. 20 del C.C.N.L. dell'area Medica e Veterinaria, di n. 5 (cinque) posti di Dirigente Medico nella disciplina di Neurologia per la SC di Neurologia e Stroke Unit, afferente al Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione dell' Azienda Ospedaliera G:Brotzu di Cagliari;

-di approvare il bando di mobilità che si unisce in copia alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;

-di disporre la pubblicazione del suddetto bando sul sito internet aziendale.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Servizio Personale
Direttore Dott. M. Calamida
Settore Giuridico Resp. R. Addari

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE PER TITOLI E COLLOQUIO, FINALIZZATO ALLA COPERTURA DI N. 5 (CINQUE) POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA NEUROLOGIA PER LA SC DI NEUROLOGIA E STROKE UNIT AFFERENTE AL DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA G.BROTZU DI CAGLIARI

In esecuzione della delibera n. _____del ___/___/2018 è indetto avviso di mobilità regionale per titoli e colloquio, per la copertura ai sensi del D.lgs. n° 165/2001 e dell'art. 20 del C.C.N.L. dell'area Medica e Veterinaria, di n. 5 (cinque) posti di Dirigente Medico nella disciplina di Neurologia per la SC di Neurologia e Stroke Unit, afferente al Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione dell' Azienda Ospedaliera G:Brotzu di Cagliari.

Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte dei candidati l'accettazione, senza riserve, delle condizioni del presente bando e di tutte le disposizioni che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico dei dipendenti della A.O. "Brotzu".

1 – REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

La partecipazione al presente avviso è riservata ai dipendenti delle Aziende e di tutti gli Enti del Servizio Sanitario Regionale che risultano essere in servizio, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo di Dirigente Medico di Neurologia e che, alla scadenza del presente bando, abbiano superato il prescritto periodo di prova nel rispettivo profilo.

I suddetti requisiti devono essere posseduti oltre che alla data di scadenza del termine stabilito nel presente bando anche alla data del successivo ed effettivo trasferimento, e la carenza di uno solo dei requisiti stessi comporterà la non ammissione all'avviso ovvero, nel caso di carenza riscontrata all'atto del trasferimento, la decadenza dal diritto al trasferimento.

Inoltre chi abbia già presentato domanda di mobilità volontaria alla A.O. "Brotzu", dovrà ripeterla per partecipare al presente avviso.

2 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta semplice e secondo lo schema allegato (allegato A) al presente bando, dovrà essere indirizzata al Direttore Generale della A.O.B.- Piazzale Ricchi 1 09121 Cagliari e dovrà pervenire entro il termine perentorio del 30° giorno successivo a quello della data di pubblicazione del bando sul sito aziendale www.aobrotzu.it – Sezione Concorsi e Selezioni.

Le domande potranno essere presentate secondo le modalità seguenti:

- spedite a **mezzo di raccomandata** con avviso di ricevimento indirizzata: Al Direttore Generale -Azienda Ospedaliera G.Brotzu- Piazzale A. Ricchi, 09121 Cagliari .

La domanda di partecipazione deve essere firmata in calce dal candidato. La domanda non sottoscritta determinerà l'esclusione dall'avviso.

- tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo:

P.E.C. concorsi.selezione@pec.aobrotzu.it nel caso in cui il partecipante sia in possesso di una casella di posta elettronica certificata (PEC), entro il termine perentorio del 30°giorno successivo alla data di pubblicazione del bando sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

A tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante o la data di invio della PEC certificata dal gestore della stessa PEC.

La validità di invio mediante PEC è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) della quale deve essere titolare. Non sarà pertanto valido l'invio da casella di posta elettronica ordinaria, anche se indirizzata alla PEC aziendale o l'invio da casella di posta elettronica certificata della quale il candidato non è titolare.

Le domande di partecipazione alla mobilità e la relativa documentazione dovranno essere esclusivamente trasmesse in un unico formato PDF, pena la non ammissione al concorso se presentate in formati differenti. Inoltre si precisa che le domande trasmesse mediante PEC saranno valide solo se inviate in formato non modificabile e se:

- sottoscritte mediante firma digitale;

-oppure sottoscritte nell'originale scansionato ed accompagnate da fotocopia del documento di identità in corso di validità.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione delle istanze di partecipazione.

Non saranno imputabili all'amministrazione eventuali disguidi postali e di trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti o il riferimento a documenti e titoli in possesso dell'Amministrazione è priva di effetto.

Non saranno comunque prese in considerazione le domande inviate prima

Nella domanda, da compilarsi secondo il modello allegato "A" al presente bando, da scrivere esclusivamente a macchina o in stampatello, i candidati dovranno dichiarare, sotto la loro personale responsabilità e consapevoli delle pene stabilite per false certificazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000:

a) cognome e nome;

b) il luogo e la data di nascita nonché il Comune di residenza;

c) il titolo di studio posseduto e l'iscrizione all'albo professionale;

d) l'Azienda o Ente di appartenenza ed il relativo indirizzo della sede legale;

e) Profilo professionale

f) disciplina d'appartenenza;

g) l'avvenuto superamento del periodo di prova;

h) i servizi prestati presso Aziende ed enti del comparto sanità e le eventuali cause di cessazione;

La domanda dovrà indicare, altresì, il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere inoltrata ogni comunicazione relativa al presente avviso. Ogni eventuale successivo cambiamento va tempestivamente comunicato all'Amministrazione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto il luogo di residenza dichiarato nella domanda di partecipazione.

L'Amministrazione declina ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

3 - DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

Si applicano le disposizioni in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive di cui al DPR 445/2000, così come modificato dall'art. 15 della Legge n. 183 del 12 novembre 2011.

Ai sensi dell'art.40 del D.P.R. 445/2000, come modificato dall'art.15 della L.183/2011, le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide ed utilizzabili solo nei rapporti tra privati.

Nei rapporti con la Pubblica Amministrazione e con gestori di pubblici servizi, i certificati e gli atti di notorietà sono sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli art.. 46 e 47 dello stesso decreto.

La domanda di partecipazione al concorso deve essere redatta secondo lo schema esemplificativo di cui all'allegato 1) e deve contenere dichiarazione sostitutiva relativamente **al possesso dei requisiti specifici** previsti dal bando.

I titoli che i candidati ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito (stati di servizio, titoli di studio superiori a quello richiesto dal presente bando quale requisito di ammissione, pubblicazioni, corsi di aggiornamento come uditore o relatore etc.) devono essere autocertificati secondo quanto previsto dalla normativa vigente mediante dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto notorio.

Alla domanda si deve allegare :

elenco dettagliato in carta semplice dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato;

un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, **che non può avere valore di autocertificazione**

fotocopia, ancorché non autentificata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

La domanda di partecipazione redatta secondo l'allegato 1) e la dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà redatta secondo l'allegato 2) dovranno contenere tutti gli elementi utili e necessari ad individuare in modo univoco le certificazioni che sostituiscono, secondo le indicazioni specificate negli stessi schemi esemplificativi. **In mancanza di tali elementi non si terrà conto delle dichiarazioni rese.**

Le dichiarazioni sostitutive rese sotto la propria responsabilità dovranno contenere un espresso richiamo agli articoli di legge che le regolano ed alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di false dichiarazioni.

Con la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'articolo 47 del DPR 445/2000 è peraltro possibile comprovare la conformità all'originale della copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, della copia di una pubblicazione, ovvero della copia di titoli di studio o di servizio (artt. 19 e 19-bis DPR 445/2000). Tale dichiarazione, resa con le modalità sopraindicate, dovrà espressamente risultare e può essere apposta in calce alla copia stessa .

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e materialmente presentate.

Le dichiarazioni sostitutive, ai sensi dell'art. 48, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, hanno la stessa validità degli atti che sostituiscono.

Verranno presi in considerazione i titoli redatti in lingua italiana, inglese e francese con l'esclusione dei titoli redatti in altre lingue, se non accompagnati da traduzione in lingua italiana effettuata da un traduttore pubblico in possesso del necessario titoli di abilitazione.

Questa Amministrazione è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e dell'art. 15 della Legge 183 del 12 novembre 2011, idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 ed a trasmettere le risultanze all'autorità competente, in base a quanto previsto dalla normativa in materia.

Fermo quanto previsto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 circa le sanzioni penali previste per le dichiarazioni false, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

4 – VALUTAZIONE

L'Amministrazione, dopo aver valutato la documentazione di cui sopra, convocherà i candidati, mediante avviso pubblicato sul sito internet aziendale, per il sostenimento del colloquio.

Durante il colloquio verranno valutati tutti gli elementi atti a comprovare il possesso delle competenze professionali e dell'esperienza necessarie all'espletamento delle attività di alta specializzazione nelle quali il candidato dovrà svolgere il proprio incarico.

In considerazione delle esigenze venutesi a creare in relazione alla tipologia ed alla complessità dei pazienti afferenti al reparto, all'istituzione del nuovo Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione, ed alle nuove Strutture Dipartimentali afferenti allo stesso Dipartimento, è necessario che il Dirigente medico specialista in Neurologia possegga caratteristiche di alta professionalità ed in particolare dovrà dimostrare:

- Documentata e comprovata esperienza in Neurofisiologia Clinica con particolare riferimento al monitoraggio neurofisiologico in terapia intensiva ed intraoperatorio in Neurochirurgia;
- Documentata e comprovata esperienza in Neurosonologia del distretto intracranico – doppler transcranico ;
- Documentata e comprovata esperienza nella diagnosi e cura della malattia di Parkinson e disturbi del movimento (con particolare riguardo al trattamento ed al monitoraggio del paziente in stato avanzato di malattia).
- Documentata e comprovata esperienza clinica nelle attività connesse all'urgenza neurologica
- Conoscenza delle principali linee guida in tema di neurologia e elementi base della Medicina Basata sull'Evidenza

5 - NOMINA

Dall'insieme della verifica documentale e dall'esito del colloquio, la commissione stenderà un giudizio di massima che verrà comunicato al Direttore Generale dell'Azienda.

La valutazione potrà concludersi con un giudizio di non idoneità rispetto alle esigenze aziendali.

L' attribuzione dell'incarico verrà effettuata dal Direttore Generale sulla base del giudizio di idoneità espresso dalla suddetta commissione.

I candidati aventi diritto alla mobilità che non assumano servizio entro il termine indicato successivamente dall'Amministrazione nella comunicazione di accoglimento del trasferimento ovvero, saranno considerati decaduti dal diritto al trasferimento.

L'Azienda, verificato il possesso dei requisiti generali di assunzione del candidato avente diritto, procede alla stipula del contratto individuale di lavoro nel quale, tra l'altro, sarà fissata la data di inizio servizio e d il conseguente trattamento economico.

6 – NORME FINALI

La A.O.B. si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente bando qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse la necessità o l'opportunità.

Ai sensi del D.Lgs n° 196 del 30.6.03, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti dall'ufficio competente per le finalità inerenti la gestione della procedura e saranno trattati presso una banca dati sia automatizzata che cartacea anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo.

Per quanto non previsto dal presente bando e dalla normativa in esso richiamata viene fatto espresso riferimento alle norme che disciplinano il rapporto di lavoro del personale delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

La documentazione allegata alle domande di partecipazione non sarà restituita a nessun candidato partecipante.

Per informazioni, gli interessati potranno rivolgersi all'Azienda Ospedaliera Brotzu- Servizio del Personale – Piazzale Ricchi 1 Cagliari, dalle ore 10.00 alle ore 12.00, ovvero consultare il sito internet dell'Azienda www.aob.it

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Graziella Pintus

AVVISO DI MOBILITA' REGIONALE PER TITOLI E COLLOQUIO, FINALIZZATO ALLA COPERTURA DI N. 5 (CINQUE) POSTI DI DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA NEUROLOGIA PER LA SC DI NEUROLOGIA E STROKE UNIT AFFERENTE AL DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA G.BROTZU DI CAGLIARI

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera Brotzu
Piazzale Ricchi – 09121 Cagliari

__l__sottoscritt__ _____

CODICE FISCALE_____

Nata a _____

provincia di _____ il ____/____/____residente in _____

provincia di _____ in via/ p.zza _____ n° _____

CAP _____ numero di telefono _____/_____

Mail:

_____

(recapito al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente Mobilità e' il seguente:)

VIA_____COMUNE_____CAP____

CHIEDE:

di essere ammesso all' avviso mobilità regionale per titoli e colloquio, per la copertura ai sensi del D.lgs. n° 165/2001 e dell'art. 20 del C.C.N.L. dell'area Medica e Veterinaria, di n. 5 (cinque) posti di Dirigente Medico nella disciplina di Neurologia per la SC di Neurologia e Stroke Unit, afferente al Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione dell' Azienda Ospedaliera G:Brotzu di Cagliari.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità :

di essere nat__ a_____(prov.)_____ il____/____/_____

di essere residente a_____(prov.)_____

Via/P.zza_____n°_____CAP_____

di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente;

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

di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____

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

_____

di non aver riportato condanne penali

ovvero di aver riportato condanne penali per _____

di essere nella seguente posizione per ciò che concerne gli obblighi militari :

g) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio

LAUREA: _____

Conseguita in data _____ presso_____

SPECIALIZZAZIONE: _____

Conseguita in data _____ presso_____

(indicare laurea e specializzazione specificando se quest'ultima è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n° 257/1991 o del D.Lgs. n° 368/1999, nonché la durata del corso in quanto oggetto di valutazione);

h) di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi della provincia di

_____ dal _____

di essere di essere in servizio di ruolo presso_____

di aver superato il periodo di prova_____

di essere in possesso della piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni di Dirigente Medico di Neurologia e di non aver prodotto istanza alla propria amministrazione per il riconoscimento di inidoneità anche parziale allo svolgimento delle predette mansioni.

- 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 dell'art. 10 della L.675/96.

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE REDATTO IN CARTA SEMPLICE DATATO E FIRMATO

DOCUMENTI (in originale o in fotocopia autocertifica 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)

elenco copia dei documenti e dei titoli presentati, nonché curriculum formativo e professionale.

Data _____ Firma _____

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

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 PRESTATO E/O PRESTARE SERVIZIO PRESSO LE SEGUENTI AZIENDE SANITARIE/ ENTI PUBBLICI O PRIVATI SOLO SE CONVENZIONATI CON SSN

	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/__	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO o Tempo indetermina o Tempo determinato o Tempo pieno o Part time (indicare o Libero Professionist o Co.Co. Co. o Interinale
	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/__	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO o Tempo indeter o Tempo determ o Tempo pieno o Part time (indic o Libero Professi o Co.Co. Co. o Interinale
					o

<u>SI RENDE NOTO CHE QUALORA NON SIA POSSIBILE ACCERTARE IL SERVIZIO DICHIARATO A CAUSA INESATTE O INCOMPLETE INDICAZIONI, LO STESSO NON VERRA' VALUTATO</u>

_____**lì**_____ **Letto, confermato e sottoscritto**

_____

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 PRESTATO E/O PRESTARE SERVIZIO PRESSO I SEGUENTI ENTI PRIVATI:

	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO o Tempo indeterm o Tempo determin o Tempo pieno o Part time (indica o Libero Professio o Co.Co. Co. o Interinale
	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO	ENTE Specificare Esatta nomenclatura Ente ed indirizzo	TIPO RAPPORTO o Tempo indeterm o Tempo determin o Tempo pieno o Part time (indica o Libero Professio o Co.Co. Co. o Interinale
					o

SI RENDE NOTO CHE QUALORA NON SIA POSSIBILE ACCERTARE IL SERVIZIO DICHIARATO A CAUSA 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,

di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento, convegni, seminari, ecc:

	TITOLO DEL CORSO	ENTE ORGANIZZATORE	DATA SVOLGIMENT	N.GIORNI	TIPO DI CORSO o Con esame finale o Senza esame o Quale Relatore o Quale Uditore
					TIPO DI CORSO o Con esame finale o Senza esame o Quale Relatore o Quale Uditore
					TIPO DI CORSO o Con esame finale o Senza esame o Quale Relatore o Quale Uditore
					TIPO DI CORSO o Con esame finale o Senza esame o Quale Relatore o Quale Uditore

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 aver svolto le seguenti attività di docenza:

	TITOLO CORSO	ENTE ORGANIZZATO	DATA DI SVOLGIMI	MATERIA DI INSEGNAMENTO	N° ORE DOCENZ

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	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	AL Giorno/ mese/ _____/_____	ENTE
	o Volontario o Borsista o Ricercatore o Altro (specificare)	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	AL Giorno/ mese/ _____/_____	
	TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del concorso	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	AL Giorno/ mese/ _____/_____	ENTE
	TIPO ATTIVITA' SVOLTA Nel profilo prof.le oggetto del concorso	DAL Giorno/ mese/ anno _____/_____/____	AL Giorno/ mese/ _____/_____	ENTE

Letto, confermato e sottoscritto

_____

_____**li**_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/00)

_l_sottoscritt_____

nat__a_____il_____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dal D.P.R. 445/00, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

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, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Di accordare il consenso, in base all'art.10 della Legge 675/96 (tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento 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.**