



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

SELEZIONE PUBBLICA PER SOLI TITOLI E PER LA COPERTURA A TEMPO DETERMINATO DI POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – ASSISTENTE SANITARIO – CATEG. D PER LE ESIGENZE DELL’ AZIENDA OSPEDALIERA G.BROTZU DI CAGLIARI

**SCADENZA TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE:
20 MAGGIO 2020**

In esecuzione della deliberazione del Commissario Straordinario n. 688 del 05/05/2020 è indetta una Selezione Pubblica, per soli titoli per la copertura a tempo determinato di posti di Collaboratore Professionale Sanitario – Assistente Sanitario (Categ. D), **per l’espletamento delle attività proprie del profilo professionale comprese quelle inerenti gli adempimenti relativi all’ Emergenza COVID-19.**

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.

2) 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



3) laurea in Assistenza sanitaria (classe SNT/4) o diploma universitario di Assistente sanitario (DM 69 del 17 ottobre 1997) o titolo conseguito all'estero e relativo riconoscimento in Italia; iscrizione all'ordine professionale degli Assistenti sanitari

4) 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 pervenire, entro e non oltre 15 giorni dalla pubblicazione del bando nel sito aziendale www.aobrotzu.it nella sezione Albo Pretorio - Concorsi e Selezioni, 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

indirizzandole al **COMMISSARIO STRAORDINARIO dell' AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale A. Ricchi -09121 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.

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 "A") 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 purché 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 "C").

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 "C").



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 "B"). 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

Per la valutazione dei titoli l'Amministrazione dispone complessivamente di 30 così 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;

GRADUATORIA

La graduatoria sarà formulata secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato sulla base della valutazione dei titoli presentati, 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. I candidati con la presentazione della domanda si impegnano ad accettare tutte le condizioni contenute nel presente bando, ivi compresa l'assunzione a tempo determinato per l'espletamento delle attività proprie del profilo professionale correlate anche agli adempimenti inerenti l'Emergenza COVID-19.

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'AOB 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 dalla selezione.



AO Brotzu

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
Dott. Paolo Cannas



AO Brotzu

FAC SIMILE DOMANDA

(da compilare in maniera leggibile)

**Al Commissario Straordinario
dell'Azienda Ospedaliera
G. Brotzu
Piazzale A. Ricchi 1
09121 Cagliari**

Il sottoscritto _____

**chiede di esser ammesso a partecipare alla
SELEZIONE PUBBLICA PER TITOLI PER LA COPERTURA A TEMPO DETERMINATO DI POSTI DI
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – ASSISTENTE SANITARIO– CATEG. D.**

**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



AO Brotzu

D.Lgs. n. 196/2003.

11. di accettare integralmente tutte le disposizioni contenute nel bando di selezione, comprese, oltre l'espletamento delle attività proprie del profilo professionale anche quelle inerenti gli adempimenti relativi all' Emergenza COVID-19.

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 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).

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)

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

___/___/___ 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**

| | | | | |
|---|---|--|-------------|---|
| DAL Giorno/ anno _____/_____/_____ - | AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/_____ - | QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO: _____ | ENTE | TIPO RAPPORTO <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 |
| DAL Giorno/ anno _____/_____/_____ - | AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/_____ - | QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO: _____ | ENTE | TIPO RAPPORTO <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 |
| DAL Giorno/ anno _____/_____/_____ - | AL Giorno/ mese/ anno _____/_____/_____ - | QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO: _____ | ENTE | TIPO RAPPORTO <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 _____

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

__l__ sottoscritt__ 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/ anno ____/____/____ - | AL Giorno/ mese/ anno mese/ ____/____/____ - | QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO: _____ | ENTE | TIPO RAPPORTO <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 |
|--|---|--|-------------|--|
| DAL Giorno/ anno ____/____/____ - | AL Giorno/ mese/ anno mese/ ____/____/____ - | QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO: _____ | ENTE | TIPO RAPPORTO <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 |
| DAL Giorno/ anno ____/____/____ - | AL Giorno/ mese/ anno mese/ ____/____/____ - | QUALIFICA CATEGORIA O LIVELLO: _____ | ENTE | TIPO RAPPORTO <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 _____



ALLEGATO C

**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 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 _____



ALLEGATO D

**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 ORGANIZZATORE | DATA SVOLGIMENTO | MATERIA DI INSEGNAMENTO | N° ORE DOCENZA |
|--------------|--------------------|------------------|-------------------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Letto, confermato e sottoscritto

_____ li _____



ALLEGATO E

**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

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

Letto, confermato e sottoscritto

_____ li _____



AO Brotzu

ALLEGATO F

**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 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 _____



AO Brotzu

ALLEGATO G

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 _____

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, 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.

_____, li _____

Il dichiarante _____

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