

12. di essere/non essere stato dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
13. di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;
14. che la documentazione allegata alla presente domanda, in fotocopia semplice e specificatamente individuata in apposito elenco, e' conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000. A tal fine si allega fotocopia di un documento di identità _____ n. _____ rilasciato in data _____ da _____;
15. di richiedere il seguente ausilio per sostenere il colloquio previsto dall'avviso in quanto riconosciuto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della legge n.104/1992 (da compilare solo in presenza di handicap (riconosciuto) _____);
16. di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nell'avviso di selezione.

___|___ sottoscritt___, impegnandosi a comunicare, per iscritto, eventuali variazioni del recapito, chiede che tutte le comunicazioni riguardanti la selezione vengano fatte al seguente indirizzo:

Sig. _____

Via _____

(CAP _____), Comune _____, Provincia _____

N° Tel. _____

Autorizza infine, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, l'Amministrazione dell'Azienda ULSS N. 19 di Adria al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della selezione, per le finalità espresse nell'apposito paragrafo inserito nell'avviso pubblico sotto il titolo "Trattamento dei dati personali".

Data _____

(firma da non autenticare)

Note:

- (1) salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o la cittadinanza di uno degli stati dell'Unione Europea;
- (2) In caso positivo, specificare in quale comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- (3) in caso affermativo, specificare quali e in caso negativo dichiarare espressamente l'assenza.

ALLEGATO B)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
per i servizi prestati**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ via _____, n. _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA di aver prestato servizio alle dipendenze

Pubblica Amministrazione - **Privati** -

- Denominazione Ente _____;

- Indirizzo completo _____ n° telefono _____;

- Con la qualifica di _____ nella disciplina di _____;

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ____/____/____ a tutt'oggi
 fine ____/____/____

Tempo pieno; Tempo parziale (specificare il periodo e la percentuale oraria)

Denominazione (eventuale) conferimento incarico dirigenziale " _____"
dal _____ al _____;

Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;

Tempo determinato;

A tempo unico;

A tempo definito;

Contratto libero - professionale Contratto Co.Co.Co. Specialista Ambulatoriale (SAI) Altro

Indicare sempre n. ore settimanali _____;

Eventuale aspettativa senza assegni dal _____ al _____; dal _____ al _____;

Rapporto cessato per _____.

- Nel caso di servizi prestati nell'ambito del S.S. Nazionale deve essere precisato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio di anzianità.

In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.

Data _____

(firma per esteso in originale del dichiarante)

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità valido (1 fotocopia unica per tutte le dichiarazioni sostitutive presentate).

ALLEGATO C)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
per soggiorni di studio/addestramento professionale**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ via _____, n. _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- di aver partecipato ai seguenti **soggiorni di studio/addestramento professionale** attività attinenti alla disciplina nelle seguenti rilevanti strutture italiane/estere di durata non inferiore a un anno con esclusione dei tirocini obbligatori:

Ente: _____

Indirizzo: _____

Disciplina: _____

Posizione funzionale: _____

Tipologia:

- soggiorno di studio dal _____ al _____;
- addestramento professionale dal _____ al _____.

In caso di ulteriori soggiorni di studio/addestramento professionale, utilizzare altri moduli.

Data _____

(firma per esteso in originale del dichiarante)

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un **documento di identità valido (1 fotocopia unica per tutte le dichiarazioni sostitutive presentate)**.

ALLEGATO D)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
per attività didattica**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ via _____, n. _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- Di aver svolto la seguente **attività didattica** presso corsi di studio per il conseguimento del diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con l'indicazione delle ore annue di insegnamento:

Ente/Università: _____

Indirizzo: _____

In veste di _____

Materia di insegnamento _____

dal _____ al _____

Diploma scuola formazione personale sanitario:

anno scolastico _____ insegnamento di _____

presso _____

indirizzo _____

per n° ore _____

Diploma universitario;

Diploma di specializzazione;

Diploma di laurea

anno accademico _____

insegnamento di _____

presso:

Scuola di Specializzazione _____

Facoltà di _____

Università di _____

Indirizzo _____

per n° ore _____.

In caso di ulteriori attività didattiche, utilizzare altri moduli.

Data _____

(firma per esteso in originale del dichiarante)

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità valido (1 fotocopia unica per tutte le dichiarazioni sostitutive presentate).

ALLEGATO F)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO di NOTORIETA'
(Artt.19 e 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ via _____, n. _____,
**consapevole delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, richiamate dall'art. 76 del
D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità**

DICHIARA

Con riferimento all'istanza (domanda) all'Avviso pubblico per il conferimento dell'incarico di responsabilità di

che i seguenti documenti **elencati** dettagliatamente, presentati in fotocopia, **sono conformi all'originale, in suo possesso:**

Data _____

(firma per esteso in originale del dichiarante)

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA
BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

*La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta
semplice, non autenticata di un documento di identità valido (1 fotocopia unica per tutte le dichiarazioni sostitutive presentate).*