





**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

concernente fatti, stati e qualità personali a diretta conoscenza dell'interessato  
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
in via ..... n. .... cap. ....  
consapevole della responsabilità penale cui va incontro nel caso di falsa dichiarazione (sanzioni penali così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000),

in riferimento al concorso/avviso pubblico per n. .... post..... di .....

**DICHIARA**

di ..... servizio ..... a tempo  pieno  
 definito (1)  
 part-time \_\_\_%  
(avere prestato oppure prestare) (a tempo indeterminato oppure a titolo di incarico o di supplenza)  
dal ..... al ..... e dal ..... al .....  
nel profilo professionale di .....  
nella posizione funzionale di .....  
nella qualifica di .....  
area funzionale ..... disciplina .....  
*(soltanto per il personale dirigenziale del ruolo sanitario.)*

(2) .....

presso .....  
*(indicare la denominazione e la sede dell'Azienda Ospedaliera, ASL, o altra P.A. etc.)*

(3) .....  
=====

di ..... servizio ..... a tempo  pieno  
 definito (1)  
 part-time \_\_\_%  
(avere prestato oppure prestare) (di ruolo oppure a titolo di incarico o di supplenza)  
dal ..... al ..... e dal ..... al .....  
nel profilo professionale di .....  
nella posizione funzionale di .....  
nella qualifica di .....  
area funzionale ..... disciplina .....  
*(soltanto per il personale dirigenziale del ruolo sanitario.)*

(2) .....

presso .....  
*(indicare la denominazione e la sede dell'Azienda Ospedaliera, ASL, o altra P.A. etc.)*

(3) .....  
=====

**IL DICHIARANTE**

.....  
*(luogo e data)*

.....  
*(firma per esteso e leggibile)*

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 si comunica che i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso questa Azienda Ospedaliera per le finalità di gestione del concorso e saranno trattati presso una banca dati automatizzata successivamente all'eventuale istituzione 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 del concorso. L'interessato è titolare dei diritti di cui all'art. 7 del citato Decreto.

(1) Per il profilo professionale medico specificare se a tempo pieno o definito; per il personale degli altri profili precisare se a rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e, in quest'ultimo caso, la percentuale.

(2) indicare eventuali periodi di assenza non retribuita

(3) indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto (la mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni). In caso positivo precisare la misura della riduzione del punteggio

N.B. (Allegare una fotocopia del documento di Identità)