

All. A  
Fac simile domanda

Al Direttore Generale  
ASL Cagliari  
viale Lungomare Poetto, 12  
09126 - CAGLIARI

PEC  
[protocollo@pec.aslcagliari.it](mailto:protocollo@pec.aslcagliari.it)

Il/La sottoscritto/a .....													
nato/a a..... il.....													
residente in via .....													
C.A.P..... città..... prov.....													
numero telefono..... numero cellulare.....													
pec: .....													
indirizzo e-mail:.....													
CODICE FISCALE:													

**CHIEDE**

**di essere ammesso a partecipare selezione pubblica, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico dirigenziale di alta professionalità, Area Dirigenza Sanitaria, di durata triennale, rinnovabile riservato a personale laureato esperto, per la funzione di Farmacoeconomia e Farmacovigilanza a supporto della Direzione Strategica dell’Azienda ASL n.8 di Cagliari ai sensi dell’art. 15 septies, comma 2, del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii**

E CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER LE IPOTESI DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, NONCHÉ DELLA SANZIONE DELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUITI A SEGUITO DI UN PROVVEDIMENTO ADOTTATO IN BASE AD UNA DICHIARAZIONE RIVELATASI SUCCESSIVAMENTE NON VERITIERA, PREVISTE DAGLI ARTICOLI 75 E 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 “TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA”

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I.  
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’  
DICHIARA DI:

essere in possesso della cittadinanza italiana;

o cittadinanza \_\_\_\_\_ ;

*Solamente per i cittadini non italiani:*

godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza \_\_\_\_\_ ;

o di provenienza \_\_\_\_\_ ;

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

*Solamente per i cittadini non UE:*

essere titolare di:

- diritto di soggiorno
- diritto di soggiorno permanente
- permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
- status di rifugiato
- status di protezione sussidiaria

essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....

solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva:

essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

di aver riportato condanne penali

SI  NO

(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quali:

\_\_\_\_\_ ;

aver subito condanne che comportino l'interdizione *perpetua* dai pubblici uffici

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quali:

\_\_\_\_\_ ;

aver subito condanne che comportino l'interdizione *temporanea* dei pubblici uffici

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

se SI indicare il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici

\_\_\_\_\_ ;

di aver procedimenti penali pendenti

SI  NO

(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quali:

\_\_\_\_\_;

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento;

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

essere in possesso del seguente titolo di studio:

Diploma di Laurea vecchio ordinamento  specialistica  magistrale

in .....  
conseguito in data .....  
presso l'Università di .....  
sita in .....  
PEC.....

Di essere in possesso di particolare comprovata qualificazione professionale svolta con attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private, con esperienza acquisita, per almeno un quinquennio, in materia di: Programmazione e gestione di attività di farmacoconomia e farmacovigilanza; capacità di monitoraggio della spesa farmaceutica sia ospedaliera che territoriale:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Di essere attualmente in servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di**

profilo professionale/Ruolo :.....

dal..... (indicare giorno, mese, anno) a tutt'oggi

con rapporto a tempo:  determinato  indeterminato

tipologia:

pieno

impegno ridotto al \_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....

P.O./Stabilimento Ospedaliero/ altro .....

di (località).....via.....

con interruzione dal servizio (*ad es per aspettative senza assegni*):

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo.....

**(indicare esattamente la qualifica rivestita)**

**avere prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato, in qualità di:**

profilo professionale/Ruolo :.....

dal..... al..... (indicare giorno, mese, anno)

con rapporto a tempo:  determinato  indeterminato

tipologia:

pieno

impegno ridotto al \_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....

di (località).....via.....

P.O./Stabilimento Ospedaliero/ altro .....

con interruzione dal servizio (*ad es per aspettative senza assegni*):

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo.....

**(indicare esattamente la qualifica rivestita, i periodi di servizio prestato, le eventuali modificazioni intervenute e le cause di risoluzione. Duplicare il riquadro ad ogni variazione)**

**aver svolto le seguenti attività professionali con rapporto di lavoro non subordinato, in qualità di:**

profilo professionale/Ruolo :.....

dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto:  libero professionale     autonomo     collaborazione  
 altro.....  
 impegno per ore \_\_\_\_\_ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.).....  
di (località).....via.....

Altre esperienze professionali **attinenti** all'incarico da ricoprire:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- di non godere del trattamento di quiescenza;
- di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
- di essere portatore di handicap e, pertanto chiede di poter usufruire, ai sensi dell'art. 20 della legge 104/1992 e ss.mm.ii., durante la prova:
  - a. dell'ausilio di \_\_\_\_\_ ;

- di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nell'avviso relativo alla selezione in oggetto;
- di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda ASL Cagliari, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico;

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale redatto in formato europeo, datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;
  - Dichiarazione sostitutiva di certificazioni di \_\_\_\_\_ ;
  - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà \_\_\_\_\_ ;
  - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia di \_\_\_\_\_ ;
- elenco descrittivo, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati, numerato progressivamente;
- copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;
- altro .....

## DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il candidato deve utilizzare le seguenti forme di dichiarazione:

1) **dichiarazione sostitutiva di certificazione**, da utilizzarsi nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 (per es. stato di famiglia, possesso di titolo di studio, possesso di specializzazione, titoli di formazione, di aggiornamento, ecc.). In particolare per quanto concerne la partecipazione a corsi, convegni, congressi, seminari ecc. è opportuno, ai fini della valutazione del merito indicare:

l'ente organizzatore

- il titolo;
- la data;
- la durata in ore;
- se la partecipazione è in qualità di relatore o docente;
- se è previsto un esame finale.

2) **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (art. 47 D.P.R. n. 445/2000) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nel citato art. 46 DPR 445/2000 (ad esempio: attività di servizio...ecc). In particolare, per i servizi prestati si dovrà indicare:

- esatta denominazione dell'Ente – se trattasi di enti diversi del SSN deve essere precisato se l'ente è pubblico, privato, accreditato e se convenzionato con il SSN);
- la tipologia del rapporto: specificare se trattasi di rapporto di lavoro dipendente (a tempo determinato o indeterminato) o autonomo (libero professionale, consulente etc); si precisa che la generica indicazione di rapporto a "Tempo determinato" non è esaustiva al fine dell'individuazione della natura/tipologia del rapporto di lavoro e quindi della corretta valutazione del titolo, pertanto nella dichiarazione deve essere sempre specificato se trattasi di rapporto di dipendenza (o subordinato che potrà essere a tempo determinato o indeterminato), o con rapporto di lavoro autonomo che potrà essere di tipo libero professionale, consulente etc;
- il profilo professionale e la disciplina di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico;
- le date di inizio e di fine dei relativi periodi di attività (da indicare sempre);
- orario di lavoro;
- eventuali interruzioni (aspettative, sospensione etc.);
- le cause delle eventuali cessazioni del rapporto di lavoro (dimissioni, scadenza del contratto, licenziamento, etc.);
- tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso.

Relativamente all'autocertificazione dei servizi prestati presso pubbliche amministrazioni con rapporto di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, specificare se trattasi di rapporto di lavoro a tempo pieno ovvero a part-time e, in quest'ultimo caso, specificare il numero delle ore di lavoro svolte nel corso della settimana.

Con riguardo ai titoli da inserire nel curriculum formativo e professionale, con le medesime modalità di autocertificazione e con le stesse indicazioni di cui sopra, verranno valutati i servizi prestati presso:

- strutture private con rapporto di dipendenza del quale deve essere indicato sempre l'esatto impegno orario settimanale;
- strutture private e pubbliche con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa / contratto a progetto / rapporto libero professionale.

3) **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa alla conformità all'originale di una copia di un atto, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio (artt. 19 e 47 D.P.R. n°445/2000).**

Tutte le dichiarazioni sostitutive, di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3, devono riportare, pena la mancata valutazione:

a) la dicitura: il sottoscritto \_\_\_\_\_ consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara .....

c) la sottoscrizione del dichiarante.

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, pena la mancata valutazione. In ogni caso le dichiarazioni sostitutive, di cui ai precedenti punti, devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta/esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti.

Nella certificazione relativa ai servizi resi in regime convenzionale presso strutture a diretta gestione delle Aziende del SSN e del Ministero della Sanità deve essere indicato l'orario di attività settimanale.

**In carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettono di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi non si terrà conto delle dichiarazioni rese.**

L'Amministrazione procede ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e qualora dovessero emergere ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti, sono applicabili le sanzioni penali previste dalla normativa vigente.

A norma dell'art. 71 del DPR 445/2000 l'amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli, anche a campione, sulle dichiarazioni prodotte dai candidati.

Chiunque rilasci dichiarazioni non veritiere o false è punito ai sensi delle norme penali e decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

**Fac simile**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA**  
**(Artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

\_\_\_\_\_

nato a (luogo) (prov.)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a (luogo) (prov.) (indirizzo)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia:

dell'atto/documento \_\_\_\_\_

conservato/rilasciato dalla amministrazione pubblica

\_\_\_\_\_

è conforme all'originale in possesso di

\_\_\_\_\_;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che la pubblicazione dal titolo

\_\_\_\_\_

edito da \_\_\_\_\_, riprodotto per intero/estratto da pag.

\_\_\_\_\_ a pag. \_\_\_\_\_ e quindi composta di n° \_\_\_\_\_ fogli, è conforme all'originale in possesso di

\_\_\_\_\_;

oppure

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia del titolo di studio

\_\_\_\_\_ rilasciato da

\_\_\_\_\_ è conforme all'originale in possesso di

\_\_\_\_\_;

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Regionale della Salute Sardegna, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

(Luogo, data) \_\_\_\_\_ **Il Dichiarante** \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, all'ufficio competente.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato, ai sensi del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda Regionale della Salute Sardegna, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

(Luogo, data) \_\_\_\_\_ **Il Dichiarante** \_\_\_\_\_