

Al Direttore Generale  
ASL Medio Campidano  
PEC: [protocollo@pec.aslmediocampidano.it](mailto:protocollo@pec.aslmediocampidano.it)

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

**CHIEDE**

**DI ESSERE AMMESSO A PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PUBBLICA INDETTA DALLA ASL DEL MEDIO CAMPIDANO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PER IL SEGUENTE PROFILO PROFESSIONALE (Barrare la voce di interesse)**

- Dirigente Medico di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza (Medicina di Emergenza-Urgenza)**
- Dirigente Medico di Chirurgia Generale**
- Dirigente Farmacista disciplina farmaceutica territoriale**

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 responsabilità:

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)

di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

*Solamente per i cittadini non UE:*

di 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

Di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ;

ovvero, motivi di non iscrizione o cancellazione \_\_\_\_\_ ;

solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva:

di 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:

\_\_\_\_\_ ;

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

SI  NO  
(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quali:

\_\_\_\_\_ ;

di 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

\_\_\_\_\_

—;

<p>di aver procedimenti penali pendenti <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span></p> <p>(barrare la casella interessata) se SI, indicare quali: _____;</p>
<p>di 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; <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span></p> <p style="text-align: right;">(barrare la casella interessata)</p>
<p>di 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; <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span></p> <p style="text-align: right;">(barrare la casella interessata)</p>
<p>di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento; <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span></p> <p style="text-align: right;">(barrare la casella interessata)</p>
<p>di essere stato destinatario di procedimento disciplinare nel corso degli ultimi due anni <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span></p> <p>(barrare la casella interessata) se SI, indicare quali: _____;</p>
<p>di avere procedimenti disciplinari in corso <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span></p> <p style="text-align: right;">(barrare la casella interessata)</p> <p>se SI, indicare la tipologia della sanzione prevista _____;</p>
<p>di essere stato destinatario di licenziamento disciplinare presso una Pubblica Amministrazione <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span></p> <p style="text-align: right;">(barrare la casella interessata)</p>
<p>di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span></p>
<p>di essere in possesso del Diploma di <b>Laurea</b> in _____</p> <p>.....</p> <p>conseguito in data .....</p> <p>presso l'Università .....</p> <p>sita in .....</p> <p><i>(Nel caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale con il quale è stata riconosciuta la validità nello stato italiano)</i></p> <p>.....</p>
<p>di essere iscritto all'<b>Albo dell'ordine dei Medici/Farmacisti</b> della _____</p>

Provincia/Regionedi.....dal..... N° di Iscrizione .....

di essere in possesso della seguente **specializzazione**:

1) Disciplina: .....  
conseguita in data.....presso l'Università di .....  
sita in .....

e che la durata della stessa è stata pari ad anni ... e che l'immatricolazione è avvenuta in data .....

2) Disciplina: .....  
conseguita in data..... presso l'Università di .....  
sita in .....

e che la durata della stessa è stata pari ad anni ..... e che l'immatricolazione è avvenuta in data .....

*(Nel caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento ministeriale con il quale è stata riconosciuta la validità nello stato italiano)*

*(Per il servizio sanitario prestato all'estero indicare il provvedimento di riconoscimento)*

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

profilo  
professionale:.....

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

con rapporto a tempo:  determinato  indeterminato

tipologia:  definito  
 pieno  
 impegno ridotto al \_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_ settimanali

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

di (località).....via.....

P.O. /Distretto .....

PEC .....

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

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

**(indicare esattamente la qualifica rivestita)**

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

profilo professionale: .....  
disciplina: .....  
dal ..... al..... (indicare giorno, mese, anno)

con rapporto a tempo:  determinato  indeterminato  
tipologia:  definito  
 pieno  
 impegno ridotto al \_\_\_\_\_% per ore \_\_\_\_\_ settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati,  
cc.).....  
di (località)..... via.....  
P.O. /Distretto.....  
PEC .....

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: .....  
disciplina:.....  
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.....

**Soggiorni studio/addestramento presso:** (soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere (con esclusione dei tirocini obbligatori).

Presso .....  
di ..... (prov. ....) Via .....  
n. .... dal..... al..... (indicare giorno/mese/anno)  
con impegno settimanale pari a ore .....

descrizione	attività	svolta
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Specifici corsi di formazione manageriale o Master Universitari (indicare primo/secondo livello - in caso di omessa indicazione sarà valutato come corso di formazione manageriale):**

titolo .....

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

numero ore complessivo .....

presso.....

**Aver svolto attività didattica:** si valuta **solamente** l'attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario, non l'insegnamento a corsi di aggiornamento professionale.

presso.....

corso per il conseguimento del titolo di .....

insegnamento.....

A.A./A.S. .... n. ore ..... (specificare se complessive o settimanali)

**Partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero.** Non si valutano idoneità e tirocini.

- Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)

CORSO  CONGRESSO  CONVEGNO  EVENTO FORMATIVO  SEMINARIO

(ALTRO) \_\_\_\_\_

In qualità di  RELATORE  DOCENTE  UDITORE

Ente organizzatore .....

titolo .....

Data ..... (durata) n. giorni ..... ore .....

Specificare se l'attività formativa è ECM si  - no

Specificare se con test o esame finale si  - no

- Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)

CORSO  CONGRESSO  CONVEGNO  EVENTO FORMATIVO  SEMINARIO

(ALTRO) \_\_\_\_\_

In qualità di  RELATORE  DOCENTE  UDITORE

Ente organizzatore .....

titolo .....

Data ..... (durata) n. giorni ..... ore .....

Specificare se l'attività formativa è ECM si  - no

Specificare se con test o esame finale si  - no

**DA PRODURRE IN ORIGINALE**

•

**Elenco delle pubblicazioni da allegare, (produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere precisando, per ciascuna pubblicazione, anche il nome completo della rivista):**

1. ....  
.....
2. ....  
.....

Indicare: Tipologia pubblicazione, titolo, autore o co-autore, rivista, editore, anno di pubblicazione, numero volume/fascicolo, pagine.

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 le prove:

- a. dell'ausilio di \_\_\_\_\_ ;
- b. dei tempi aggiuntivi di \_\_\_\_\_ ;

- di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando 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 ss.mm.ii., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati all'Azienda ASL Medio Campidano, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico, come specificato nella **INFORMATIVA PRIVACY**, allegata all'avviso di selezione;
- di essere informato che ogni comunicazione relativa alla presente selezione verrà fatta all'indirizzo P.E.C. precedentemente indicato;

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

Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale, documentato ai sensi dell'art. 10 punto 3, delle citate linee guida regionali, come indicato nel bando di selezione, 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.

## 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 indicare:

- l'ente organizzatore
- il titolo;
- la data;
- la durata in ore;
- se la partecipazione è in qualità di relatore, docente, o responsabile scientifico;
- 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);
- 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

.....

b) 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'**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

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 prestare (o aver prestato) servizio:

Ente \_\_\_\_\_ (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.)

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_

nella disciplina di \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro

(dipendente/libero professionale/co.co.co./etc.) \_\_\_\_\_

a tempo (determinato/indeterminato, pieno/parziale) \_\_\_\_\_

o con impegno settimanale pari a ore \_\_\_\_\_, concluso per \_\_\_\_\_

(eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...);

ricorrono  non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

- di prestare (o aver prestato) servizio:

Ente \_\_\_\_\_ (specificare se struttura pubblica o privata/ convenzionata con S.S.N.)

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_

nella disciplina di \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro

(dipendente/libero professionale/co.co.co./etc.) \_\_\_\_\_

a tempo (determinato/indeterminato, pieno/parziale) \_\_\_\_\_

o con impegno settimanale pari a ore \_\_\_\_\_, concluso per \_\_\_\_\_

(eventuali cause di cessazione del rapporto di lavoro: scadenza del contratto, dimissioni...);

ricorrono  non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 (da precisare solo in caso di rapporto di lavoro dipendente)

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 la Asl Medio Campidano, 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 ss.mm.ii., 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** \_\_\_\_\_

-----  
**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 \_\_\_\_\_ ;

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 la Asl Medio Campidano, 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 ss.mm.ii., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, che il trattamento dei dati personali, sia manuale sia informatizzato, comunicati alla Asl Medio Campidano, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva prevista per il conferimento dell'incarico.

(Luogo, data) \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante** \_\_\_\_\_