



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, Via/P.zza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_,  
tel./cell. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, e  
domiciliato per la procedura in oggetto \_\_\_\_\_,

### DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24.12.2000 consapevole delle sanzioni penali in cui incorrerà nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

(a titolo esemplificativo si riportano alcune dichiarazioni effettuabili con la dichiarazione sostitutiva di certificazione in quanto presenti nelle ipotesi di cui all'art. 46 DPR 445/2000):

- di avere conseguito il seguente titolo di studio: Diploma di laurea \_\_\_\_\_, conseguito in data \_\_\_\_\_, presso l'Università \_\_\_\_\_  
Specializzazione: \_\_\_\_\_  
Conseguita in data \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_
- di avere Partecipato al congresso (corso, seminario, master) organizzato da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Denominato \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
della durata di \_\_\_\_\_, in qualità di (docente/relatore etc.) \_\_\_\_\_,  
con esame finale/senza esame finale.

Preso visione dell'informativa contenuta nel bando, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n° 196/2003 – Reg. Eu 679/2016 - D.lgs 101/2018, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente certificazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B. La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

#### ASL MEDIO CAMPIDANO

Sede Legale  
Via Ungaretti , n. 9  
CAP: 09025 Sanluri  
P.IVA /C.F.: 03990320925  
sito internet : <https://www.aslmediocampidano.it/>  
pec: [protocollo@pec.aslmediocampidano.it](mailto:protocollo@pec.aslmediocampidano.it)  
e-mail: [direzione.generale@aslmediocampidano.it](mailto:direzione.generale@aslmediocampidano.it)



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_, nat il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, Via/P.zza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_,  
tel./cell. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, e  
domiciliato per la procedura in oggetto \_\_\_\_\_,

### DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 consapevole delle sanzioni penali in cui incorrerà nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000:

- di essere coniugato/a con coniuge convivente;
- di essere coniugato/a con figli minori conviventi;
- di non essere coniugato/a con figli minori conviventi;
- di avere i genitori (indicare se entrambi i genitori oppure no) ultra sessantacinquenni conviventi;

Di avere svolto la seguente attività lavorativa:

- Nome dell'Ente (pubblico o privato accreditato o non accreditato) \_\_\_\_\_

Periodo di servizio: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
(indicare qualifica/profilo) natura del contratto (contratto di dipendenza, di consulenza, di collaborazione) \_\_\_\_\_ tipologia del contratto (tempo pieno – parziale) \_\_\_\_\_ per n ore settimanali \_\_\_\_\_; eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare) \_\_\_\_\_;

- Ulteriori indicazioni ritenute utili, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio prestato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preso visione dell'informativa contenuta nel bando, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n° 196/2003 – Reg. Eu 679/2016 - D.lgs 101/2018, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente certificazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B. La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

#### ASL MEDIO CAMPIDANO

Sede Legale  
Via Ungaretti , n. 9  
CAP: 09025 Sanluri  
P.IVA /C.F.: 03990320925  
sito internet : <https://www.aslmediocampidano.it/>  
pec: [protocollo@pec.aslmediocampidano.it](mailto:protocollo@pec.aslmediocampidano.it)  
e-mail: [direzione.generale@aslmediocampidano.it](mailto:direzione.generale@aslmediocampidano.it)



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE

(Ai sensi degli art. 19 e 47 del D.P.R. n° 445/2000)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, Via/P.zza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_,  
tel/cell. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, e  
domiciliato per la procedura in oggetto \_\_\_\_\_,  
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non  
veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia: (a titolo esemplificativo, si evidenzia che con la presente dichiarazione si può certificare la conformità all'originale di copia dei seguenti documenti, es. pubblicazioni, attestati di partecipazione a corsi e congressi, etc.)

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

è conforme all'originale in mio possesso;

Preso visione dell'informativa contenuta nel bando, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n° 196/2003 – Reg. Eu 679/2016 - D.lgs 101/2018, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente certificazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B. La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

#### ASL MEDIO CAMPIDANO

Sede Legale  
Via Ungaretti , n. 9  
CAP: 09025 Sanluri  
P.IVA /C.F.: 03990320925  
sito internet : <https://www.aslmediocampidano.it/>  
pec: [protocollo@pec.aslmediocampidano.it](mailto:protocollo@pec.aslmediocampidano.it)  
e-mail: [direzione.generale@aslmediocampidano.it](mailto:direzione.generale@aslmediocampidano.it)



ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MOBILITA' INTERAZIENDALE, REGIONALE ED INTERREGIONALE, TRA AZIENDE ED ENTI PUBBLICI DEL COMPARTO SANITA', PER TITOLI ED EVENTUALE COLLOQUIO, PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO NEL PROFILO DI COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE – AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI E AREA DEGLI ASSISTENTI – RUOLO AMMINISTRATIVO, DA DESTINARE ALLA SSD GRU, AFFERENTE AL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO.

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_;
6. \_\_\_\_\_;
7. \_\_\_\_\_;
8. \_\_\_\_\_;
9. \_\_\_\_\_;
10. \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ASL MEDIO CAMPIDANO**

Sede Legale

Via Ungaretti , n. 9

CAP: 09025 Sanluri

P.IVA /C.F.: 03990320925

sito internet : <https://www.aslmediocampidano.it/>

pec: [protocollo@pec.aslmediocampidano.it](mailto:protocollo@pec.aslmediocampidano.it)

e-mail: [direzione.generale@aslmediocampidano.it](mailto:direzione.generale@aslmediocampidano.it)