

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto **RAIMONDO PINNA**, nato a CAGLIARI (CA) il 23-12-1961 ed ivi residente in Via G. Boccaccio n.10 (C.F. PNNRND61T23B354H), consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. Requisiti generali

- X** di essere cittadino italiano;
- X** di godere dei diritti civili e politici;
- X** di non aver riportato condanne penali che impediscano l'accesso a incarichi pubblici;
- X** di non essere destinatario di provvedimenti che comportino l'interdizione dai pubblici uffici.

2. Titolo di studio

X di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- il diploma di laurea in **MEDICINA E CHIRURGIA**, conseguita in data **26/10/1991** presso l' **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BOLOGNA - ALMA MATER STUDIORUM** – Facoltà di Medicina e Chirurgia - durata del Corso anni 6 - con tesi dal titolo "MASTOPLASTICA RICOSTRUTTIVA CON L' USO DI PROTESI";
- di avere conseguito il **diploma di specializzazione nella disciplina di "CHIRURGIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO"** , conseguita in data 21/07/1997 presso L' UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA -TOR VERGATA – Scuola di Specializzazione ai sensi del D.Lgs n. 257/1991 – durata del corso anni 5, con tesi dal titolo "PRIMO SOCCORSO ED EMERGENZE CHIRURGICHE NELLE GRANDI CATASTROFI";
- di avere conseguito il **diploma di specializzazione nella disciplina di "CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA"**, conseguita in data 11/11/2005 presso l' UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE – Scuola di specializzazione ai sensi del D.Lgs n. 368/1999 - durata del corso anni 5, con tesi dal titolo "LA MASTOPLASTICA RICOSTRUTTIVA CON "SHORT L SCAR" SECONDO BOZZOLA".

3. Abilitazioni e iscrizioni

(solo se pertinenti alla funzione)

- X** abilitazione all'esercizio della professione medica e iscrizione all'Ordine dei Medici di Cagliari ;

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
e-mail: direzione.generale@aslmediocampidano.it

☐ iscrizione all'albo professionale di [specificare, se previsto];

4. Esperienza dirigenziale

X di aver maturato **oltre 5 anni di esperienza dirigenziale** come previsto dall'art. 3-bis del D.Lgs. 502/1992 e dal D.Lgs. 171/2016, presso:

- **A.R.N.A.S. G. Brotzu Cagliari**, in qualità di **DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE**, dal 19-11-2019 al 09-02-2020; dal 18-08-2020 al 31-12-2021; dal 18-01-2022 al 31-07-2022 (Direttore Sanitario Aziendale Facente Funzioni) ; dal 01-08-2022 al 22-06-2025;
- **A.R.N.A.S. G. Brotzu Cagliari**, in qualità di **DIRETTORE F.F. Struttura Complessa di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva – Centro Ustioni** dal 14-11-2009 al 31-07-2018.

5. Formazione manageriale

X di essere in possesso dell'attestato di formazione manageriale previsto dall'art. 1, comma 4 e 5, del D.Lgs. 171/2016, inerente al **"CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN MATERIA DI SANITA' PUBBLICA E DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE SANITARIA "** ex D. LGS N.171/2016, organizzato dalla Regione Autonoma della Sardegna, conseguito in data 14-07-2020;

oppure

☐ di impegnarsi a conseguirlo entro i termini di legge (18 mesi dalla nomina), come previsto dal D.Lgs. 171/2016.

6. Assenza di inconferibilità e incompatibilità

Ai sensi del D.Lgs. 39/2013, dichiara:

X di non trovarsi in alcuna condizione di inconferibilità rispetto all'incarico proposto;

X di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità e, qualora emergesse una causa, di impegnarsi a rimuoverla nei termini di legge.

7. Curriculum vitae

X che le informazioni contenute nel curriculum vitae allegato sono veritiere e aggiornate;

X che il CV è sottoscritto digitalmente e costituisce parte integrante della presente dichiarazione.

8. Documento di identità

X di allegare copia del documento di identità in corso di validità.

Cagliari, 04-02-2026

Raimondo Pinna