

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE MARCHE**  
**AZIENDA OSPEDALI RIUNITI**  
**“UMBERTO I – G.M. LANCISI E G. SALESÌ”**  
**ANCONA**  
**Sede: Via Conca, 71 - ANCONA**

In esecuzione della determina n. 306/DG del 11.04.2019, è indetto pubblico avviso, per titoli e colloquio, per l'assunzione a tempo determinato straordinario - mesi dodici - di:

**n. 1 Dirigente Farmacista**  
**- S.O.D. Farmacia**

Al predetto profilo professionale – con rapporto di lavoro esclusivo – è attribuito il trattamento giuridico ed economico previsto dalle vigenti disposizioni legislative, nonché dal C.C.N.L. in vigore per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

**REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE**

- Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea, ovvero il possesso di una delle condizioni previste dall'art. 38 del D.Lgs. 165/2001, come modificato ed integrato dall'art. 7 della L. 97/2013.
- Godimento dei diritti politici  
Non possono accedere agli impieghi coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo e coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.
- Idoneità alla mansione specifica.  
L'accertamento di tale idoneità è effettuato a cura della Azienda Ospedaliera prima della immissione in servizio.

Il personale dipendente a tempo indeterminato da strutture del Servizio Sanitario Nazionale è dispensato dalla visita medica.

**REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE**

- A) Diploma di Laurea in Farmacia;
- B) Iscrizione all'albo dell'ordine dei Farmacisti. L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo di iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio (art. 5 – c.4 – DPR 10.12.1997, n. 484);
- C) Diploma di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera o in disciplina equipollente ovvero affine. E' fatto salvo, altresì, quanto previsto dall'art. 56, comma secondo, DPR 483/1997.

I requisiti anzidetti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel presente avviso per la presentazione delle domande di ammissione.

**TERMINE E MODALITA' PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Il termine per la presentazione delle domande di partecipazione all'avviso scade alle ore **12,00 del 10° giorno** successivo a quello della data di pubblicazione del bando all'albo dell'Azienda.

Qualora il giorno di scadenza sia festivo, il termine è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo.

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte su carta semplice, secondo l'allegato fac-simile, ed indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti “Umberto I – G.M. Lancisi e G. Salesi” di Ancona, possono essere inoltrate:

1. per mezzo del servizio postale (Raccomandata A.R.) al seguente indirizzo: Via Conca, 71, 60126

– ANCONA. In tal caso farà fede il timbro postale dell'Ufficio accettante.

Non saranno comunque ammessi all'avviso i concorrenti le cui domande, ancorché presentate nei termini all'Ufficio Postale accettante, perverranno alla S.O. Gestione del Personale – Settore Reclutamento Risorse Umane – dell'Azienda, con un ritardo superiore a **5 giorni**;

2. presentazione diretta alla S.O. Gestione del Personale, dell'istanza e degli allegati, purché in busta chiusa ed esclusivamente secondo il seguente calendario: dal lunedì al venerdì ore 11,00/13,00 In tal caso la data di presentazione della domanda sarà comprovata dall'apposizione del timbro datario su una copia della stessa fornita direttamente dal candidato.

**Gli operatori dell'Azienda non sono abilitati né tenuti al controllo circa la regolarità della domanda e dei relativi allegati;**

3. tramite PEC, alla casella di posta elettronica certificata: gp.aou.ancona@emarche.it Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di posta elettronica certificata personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato.

In caso di invio informatico, fatto salvo il rispetto di tutte le altre prescrizioni previste dal presente avviso, l'invio della domanda e dei relativi allegati deve essere effettuato, **in formato PDF**, tramite **l'utilizzo della posta elettronica certificata tradizionale (PEC)**.

### **Il termine per la presentazione delle domande è perentorio.**

Pertanto, non saranno ammessi all'avviso i candidati le cui domande perverranno dopo il termine stabilito.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I – G.M. Lancisi e G. Salesi", declina ogni responsabilità per eventuale smarrimento della domanda o dei documenti spediti a mezzo servizio postale nonché per la dispersione di comunicazioni dipendenti dalla inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o per la mancata, oppure tardiva, comunicazione di cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa della Amministrazione stessa.

### **DOMANDE DI AMMISSIONE**

Nella domanda di ammissione all'avviso gli aspiranti dovranno dichiarare, sotto la propria personale responsabilità:

- a) la data, il luogo di nascita e la residenza;
- b) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- c) il Comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d) le eventuali condanne penali riportate (la dichiarazione deve essere resa anche se negativa);
- e) i titoli di studio posseduti;
- f) la posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- g) il possesso dei requisiti specifici di ammissione richiesti;
- h) i servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
- i) il consenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. / Reg. UE 679/2016).

Gli aspiranti devono, inoltre, indicare il domicilio presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni necessaria comunicazione, ivi compreso, se possibile, il numero telefonico e l'email.

In difetto le comunicazioni saranno inviate al luogo di residenza.

La firma in calce alla domanda deve essere resa in forma leggibile e per esteso dall'interessato.

La mancata indicazione delle dichiarazioni, non altrimenti rilevabili, di cui alle lettere b) c) d) g) i) e l'omissione della firma, determinano l'esclusione dalla presente procedura.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

Alla domanda il concorrente dovrà allegare:

- i documenti relativi ai titoli e servizi che ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito e della formazione della graduatoria. A tale proposito si precisa che:
  - In seguito all'entrata in vigore dell'art. 15 della L. 12 novembre 2011 n. 183, le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono sempre sostituite dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000. **Non potranno pertanto essere accettate certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni e da gestori di pubblici servizi, che - ove presentate - devono ritenersi nulle.**
  - in sostituzione delle relative certificazioni **rilasciate da Enti pubblici**, il candidato deve avvalersi delle dichiarazioni sostitutive previste dal D.P.R. 445/2000 e ss. mm. ii. (allegate in fac-simile al presente bando) e di seguito riportate:
    - A) dichiarazione sostitutiva di certificazione**, da utilizzare nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 D.P.R. 445/2000 (stato di famiglia, possesso di titolo di studio, possesso di specializzazione, etc.);
    - B) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (art. 47 D.P.R. 445/2000) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non presenti nel citato art. 46 D.P.R. 445/2000 (attività di servizio, etc.);
  - **le dichiarazioni sostitutive** sopra citate (allegate o contestuali alla domanda), dovranno contenere:
    - 1) l'esatta indicazione dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato (nominativo, struttura pubblica, struttura privata accreditata o meno ...);
    - 2) il servizio prestato presso Case di Cura private deve espressamente contenere l'indicazione della convenzione o accreditamento con il S.S.N.; in assenza di tale indicazione il servizio non sarà considerato nei titoli di carriera ma nel curriculum formativo e professionale;
    - 3) la natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto di dipendenza a tempo indeterminato - determinato; contratto di collaborazione, consulenza, etc.);
    - 4) la qualifica rivestita, il profilo, la disciplina e l'area di appartenenza;
    - 5) la tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno - parziale, con l'indicazione del numero di ore svolte alla settimana etc.);
    - 6) la data di inizio e fine rapporto di lavoro (gg/mm/aa);
    - 7) l'indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare etc.);
    - 8) tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso.
    - 9) nella autocertificazione relativa ai servizi deve essere inoltre attestato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761.
  - Le dichiarazioni sostitutive di cui alle precedenti lettere A e B, devono essere presentate **unitamente a copia fotostatica** (fronte e retro) di documento di identità in corso di validità del dichiarante, se non sottoscritta dall'interessato in presenza dell'impiegato competente a ricevere la documentazione stessa.
  - In ogni caso le dichiarazioni sostitutive di cui ai precedenti punti A e B, devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta ed esaustiva valutazione delle attestazioni in esse presenti.

L'Azienda effettuerà idonei controlli a norma dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 atti a verificare la veridicità e l'autenticità delle attestazioni prodotte, con applicazione, in caso di falsa dichiarazione, delle gravi conseguenze - anche di ordine penale - di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000.

**Non saranno valutate le dichiarazioni sostitutive incomplete o prive dei requisiti di forma previsti dalla vigente normativa.**

- eventuali pubblicazioni edite a stampa;
- curriculum formativo e professionale, redatto in carta semplice, datato e firmato dal concorrente. Il curriculum ha unicamente uno scopo informativo e **non costituisce autocertificazione**. Le attività ivi dichiarate saranno prese in esame solo se formalmente autocertificate;
- elenco dei documenti presentati.

Si rammenta che, ai sensi dell'art. 38, III comma del citato D.P.R. la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà può essere:

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione; ovvero
- sottoscritta e spedita unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

**La compilazione della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà senza il rispetto delle modalità sopra indicate, comporta l'invalidità dell'atto stesso.**

Ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 le copie fotostatiche, predisposte dal concorrente, potranno essere autenticate dal Responsabile del procedimento o da qualsiasi altro dipendente competente a ricevere la documentazione, su esibizione di originale e senza obbligo di deposito dello stesso presso l'Amministrazione precedente. In tal caso la copia autenticata può essere utilizzata solo nel procedimento in corso.

**Non è ammessa la produzione di documenti, pubblicazioni etc., dopo la scadenza del termine utile delle domande; l'eventuale riserva di invio successivo è priva di effetto.**

### **CONFERIMENTO INCARICO - ADEMPIMENTI -**

La graduatoria di merito sarà predisposta con i seguenti criteri:

- sulla base dei titoli presentati dai candidati, valutati secondo le disposizioni contenute nel D.P.R. 10.12.1997, n. 483;
- e
- sulla base della valutazione conseguita da una prova orale (punti da 1 a 20) predisposta ai sensi degli artt. 16, comma 2) e 26 lett. c) del citato D.P.R. 483/97.

**Il diario del colloquio verrà indicato esclusivamente tramite pubblicazione sul portale aziendale [www.ospedaliriuniti.marche.it](http://www.ospedaliriuniti.marche.it) - nella sezione CONCORSI ⇒ Avvisi - almeno 5 giorni prima dell'effettuazione dello stesso. Tale pubblicazione ha valore ufficiale di convocazione per ogni singolo candidato. I candidati che non si presenteranno al colloquio verranno considerati decaduti.**

Il superamento della prova è subordinato al raggiungimento del punteggio minimo di 14/20.

L'assunzione del vincitore dell'avviso avrà decorrenza dalla data indicata nel contratto individuale di lavoro e si protrarrà per la durata prevista dal presente bando, fatta salva eventuale risoluzione anticipata per il venir meno delle esigenze che l'hanno motivata.

Coloro che, senza giustificato motivo, non assumeranno servizio entro il termine stabilito, decadranno dalla assunzione.

Il contratto individuale di lavoro a tempo determinato verrà stipulato con l'osservanza delle modalità di cui al C.C.N.L. del 08.06.2000 del personale appartenente all'area della Dirigenza S.P.T.A..

La presentazione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile, determinerà la nullità del contratto di lavoro.

La partecipazione all'avviso implica, da parte dei concorrenti, l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso, nonché di quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle Aziende (Unità Sanitarie Locali ed Ospedaliere).

### **AVVERTENZA**

La documentazione prodotta non potrà essere ritirata dall'interessato per tutto il periodo di validità della graduatoria.

Per quanto non espressamente previsto nel presente bando, si fa rinvio alle norme vigenti in materia.

Questa Amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso,

qualora ne rilevasse la necessità e l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, nonché di non dar luogo ad alcuna assunzione.

Non è consentito il diritto di accesso (sia quello formale che informale) se non quando le operazioni concorsuali saranno formalmente concluse.

Al termine dell'intero procedimento lo stesso diritto potrà, peraltro, essere attivato nei limiti e con le condizioni di cui al D.P.R. n. 352 del 27.06.1992.

L'Azienda, con riferimento alle disposizioni di legge vigenti a livello comunitario e nazionale in materia di protezione dei dati personali, utilizzerà i dati contenuti nella domanda di partecipazione alla selezione ai soli fini della gestione della presente procedura e dell'istaurazione del rapporto conseguente.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'espletamento della procedura e dell'esame dei requisiti di partecipazione posseduti dai candidati. Con la presentazione e la sottoscrizione della domanda di partecipazione il concorrente manifesta il proprio libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento dei dati personali. Il mancato rilascio del consenso determina l'impossibilità di compiere le operazioni necessarie all'espletamento della presente procedura e conseguentemente preclude la partecipazione alla stessa. Ciascun candidato gode dei diritti riconosciuti dalle normative nazionali e comunitarie vigenti in materia di trattamento dei dati personali e può esercitarli rivolgendosi al titolare del trattamento i cui riferimenti e punti di contatto sono indicati nell'informativa.

Il bando è emanato nel rispetto della Legge 10 aprile 1991 n. 125 che garantisce pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso all'impiego, così come statuito dall'art. 57 del D.Lgs 30 marzo 2001 n. 165, nonché delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 15 giugno 2015 n. 81.

Per eventuali informazioni gli aspiranti possono rivolgersi alla S.O. Gestione del Personale – Settore Reclutamento Risorse Umane - della Azienda Ospedaliero Universitaria "Umberto I" – Via Conca n. 71, Ancona – (Tel. n. 071- 5963875/3307/3673/2164) dal lunedì al venerdì dalle ore 11 alle ore 13.

Il Direttore della S.O.  
Gestione del Personale  
Dott.ssa Emanuela Ranucci

**IL PRESENTE AVVISO È STATO PUBBLICATO ALL'ALBO DELL'AZIENDA IL 23.05.2019.**

**IL TERMINE DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE SCADDE, PERTANTO, ALLE ORE 12,00 DEL 07 giugno 2019.**

## SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliero – Universitaria  
Ospedali Riuniti Umberto I –  
G.M. Lancisi – G. Salesi  
Via Conca, 71  
60100 - ANCONA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

### C H I E D E

di partecipare all'avviso pubblico per l'assunzione a tempo determinato straordinario - mesi 12 - di n. 1 Dirigente Farmacista per la S.O.D. Farmacia.

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 – comma 1 – D.P.R. 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )  
in Via \_\_\_\_\_ ;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana;

*ovvero (per i soli candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea) della cittadinanza*

\_\_\_\_\_

*ovvero (per i soli cittadini dei paesi terzi) \_\_\_\_\_ e*

titolare del permesso di soggiorno \_\_\_\_\_ (*specificare tipo e durata*) /  titolare dello status di rifugiato /  titolare dello status di protezione sussidiaria;  
(*barrare con una X i quadrati sopra riportati corrispondenti all'ipotesi che ricorre*);

- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ ;
- di aver/non aver riportato condanne penali (*la dichiarazione è dovuta anche se negativa*);
- di aver assolto gli obblighi militari (*ovvero di non aver assolto gli obblighi militari per*  
\_\_\_\_\_);
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ ;
- di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione previsti dal bando (*specificare analiticamente i titoli e la durata della specializzazione*) \_\_\_\_\_ ;
- di aver prestato ulteriori servizi presso Pubbliche Amministrazioni (*specificare le eventuali cause di risoluzione*);
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti delle normative nazionali e comunitarie, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del

procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di prestare consenso al trattamento dei dati personali in base alle normative vigenti in materia.

Chiede che ogni necessaria comunicazione venga inviata al seguente indirizzo: Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_.

Allega elenco di tutti i documenti e titoli presentati.

(Data) \_\_\_\_\_

(Firma)

(a) \_\_\_\_\_

Firma apposta in presenza del dipendente addetto.

Modalità di identificazione (b) \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dipendente addetto

\_\_\_\_\_

Timbro dell'ufficio

#### NOTE

a) Firma per esteso e leggibile.

La firma, ai sensi dell'art. 38 – comma 3 – DPR 445/2000 deve essere resa in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, ovvero, se l'istanza è trasmessa per posta ordinaria o posta interna, unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

b) Tipo di documento di identità, ovvero conoscenza diretta.

Ai sensi dell'art. 35 DPR 445/2000 sono documenti equipollenti alla carta d'identità:

1. il passaporto
2. la patente di guida
3. la patente nautica
4. il libretto di pensione
5. il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici
6. il porto d'armi
7. le tessere di riconoscimento purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente rilasciate da una amministrazione dello Stato.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.)**  
**per i servizi prestati presso ASL o P.A.**

Il sottoscritto.....nato a .....

il....., residente a .....

via ....., n.....,

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARO di**

- **Aver prestato servizio alle dipendenze** .....

- Indirizzo completo .....

- Con la qualifica di .....Disciplina.....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....

Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);  Borsa di Studio;  altro: .....

Contratto a tempo indeterminato  a tempo determinato

A tempo pieno;  A part-time:  con n. ore settimanali ..... pari a..... %

eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

Dichiaro, inoltre, che non si sono verificate le condizioni di cui all'art.46 del DPR 20/12/79 n. 761

Specificare le eventuali cause di risoluzione.....

- **Aver prestato servizio alle dipendenze** .....

- Indirizzo completo .....

- Con la qualifica di .....Disciplina.....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....

Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);  Borsa di Studio;  altro: .....

Contratto a tempo indeterminato  a tempo determinato

A tempo pieno;  A part-time:  con n. ore settimanali ..... pari a..... %

eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

Dichiaro, inoltre, che non si sono verificate le condizioni di cui all'art.46 del DPR 20/12/79 n. 761

Specificare le eventuali cause di risoluzione.....

- **Aver prestato servizio alle dipendenze** .....

- Indirizzo completo .....

- Con la qualifica di .....Disciplina.....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....

Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);  Borsa di Studio;  altro: .....

Contratto a tempo indeterminato  a tempo determinato

A tempo pieno;  A part-time:  con n. ore settimanali ..... pari a..... %

eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

Dichiaro, inoltre, che non si sono verificate le condizioni di cui all'art.46 del DPR 20/12/79 n. 761

Specificare le eventuali cause di risoluzione.....

Firma

Data .....

.....  
**In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.**

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

*La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un **documento di identità valido**.*

*Il sottoscritto inoltre, ai sensi della normativa nazionale e comunitaria, vigente in materia, di trattamento dei dati personali, autorizza l'Azienda all'uso dei dati personali per i fini connessi alla procedura per cui vengono resi.*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.)**  
**per i servizi prestati presso strutture private**

Il sottoscritto..... nato a .....  
il....., residente a .....  
via ....., n.....,  
consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,  
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARO di**

- **Aver prestato servizio alle dipendenze** .....  
- Indirizzo completo .....  
- Con la qualifica di .....Disciplina.....  
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....  
 Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);  Borsa di Studio;  altro: .....  
 Contratto a tempo indeterminato  a tempo determinato  
 A tempo pieno;  A part-time:  con n. ore settimanali ..... pari a..... %  
 eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al.....;

- **Aver prestato servizio alle dipendenze** .....  
- Indirizzo completo .....  
- Con la qualifica di .....Disciplina.....  
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....  
 Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);  Borsa di Studio;  altro: .....  
 Contratto a tempo indeterminato  a tempo determinato  
 A tempo pieno;  A part-time:  con n. ore settimanali ..... pari a..... %  
 eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al.....;

- **Aver prestato servizio alle dipendenze** .....  
- Indirizzo completo .....  
- Con la qualifica di .....Disciplina.....  
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... fine ...../...../.....  
 Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);  Borsa di Studio;  altro: .....  
 Contratto a tempo indeterminato  a tempo determinato  
 A tempo pieno;  A part-time:  con n. ore settimanali ..... pari a..... %  
 eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al.....;

Firma

Data .....

**In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.**

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

*La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un **documento di identità valido**.*

*Il sottoscritto inoltre, ai sensi della normativa nazionale e comunitaria, vigente in materia, di trattamento dei dati personali, autorizza l'Azienda all'uso dei dati personali per i fini connessi alla procedura per cui vengono resi.*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.)  
esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (data)  
residente a \_\_\_\_\_ ( ) in \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

### DICHIARA

• di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dichiara inoltre di:

essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;

Il sottoscritto inoltre, ai sensi della normativa nazionale e comunitaria, vigente in materia, di trattamento dei dati personali, autorizza l'Azienda all'uso dei dati personali per i fini connessi alla procedura per cui vengono resi.

LUOGO e DATA

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DICHIARANTE\***

\_\_\_\_\_ *(per esteso e leggibile)*

\*La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, oppure sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia del documento di identità via fax, a mezzo posta ordinaria o elettronica o tramite un incaricato (art. 38 D.P.R. 445/2000).

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto.....consapevole delle conseguenze penali cui incorre nelle ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi (art. 76, 1° comma D.P.R. 28/12/2000 n. 445) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 28/12/2000 n. 445),

**DICHIARA**

- che tutte le fotocopie dei titoli allegati sono conformi all'originale;
- che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde a verità.

LUOGO e DATA

---

**FIRMA DEL DICHIARANTE\***

---

*(per esteso e leggibile)*

**ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**