

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

(all.1)

In esecuzione della determina del Direttore Generale n. 45/DG del 23/01/2019 è indetto pubblico avviso, per titoli e colloquio, finalizzato al conferimento di n. 1 incarico di collaborazione con

n. 1 laureato in Dietistica

finalizzato alla realizzazione del Progetto di Ricerca no-profit dal titolo : *“Pediatric Basal Bolus Therapy”* a favore della SOD Diabetologia Pediatrica

Condizioni dell’incarico

- durata: 12 mesi;
- oggetto della collaborazione: realizzazione del suindicato Progetto.
- Compenso: la collaborazione prevede un corrispettivo complessivo di € 14.000,00 (al lordo delle trattenute fiscali, previdenziali e assistenziali a carico, sia dell’Azienda che del collaboratore) a fronte di un impegno medio mensile di 20 giorni;
- il conferimento dell’incarico non instaura alcun rapporto di lavoro dipendente, bensì rapporto di collaborazione, relativo allo svolgimento dell’attività oggetto dell’incarico stesso;
- l’incarico verrà disciplinato da separato contratto di diritto privato ed avrà decorrenza dalla data indicata nel contratto individuale di collaborazione con la durata prevista dal presente bando, fatta salva eventuale risoluzione anticipata per il venir meno delle esigenze che l’hanno motivato;
- alla scadenza del termine previsto nel contratto stipulato, il contratto si risolve automaticamente senza che, a tal fine, sia necessario un atto di recesso né, quindi, alcun preavviso.

REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE

- Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei paesi dell’Unione Europea;
- Assenza di condanne penali e di procedimenti penali pendenti;
- Idoneità fisica allo svolgimento dell’attività;
- Godimento dei diritti civili e politici;
- Non essere stato destituito o dispensato ovvero dichiarato decaduto dal servizio presso una Pubblica Amministrazione.

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE

- A) Laurea Triennale in Dietistica (classi di laurea SNT/03);
- B) Documentata esperienza di base in Diabetologia Pediatrica;
- C) Certificazione Good Clinical Practice .

I titoli ed 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 decimo 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 Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I – G.M. Lancisi e G. Salesi" di Ancona, possono essere inoltrate 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 dell'Azienda, con un ritardo superiore a 4 giorni.

Ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000 art. 38, del DPR n. 68 del 11.02.2005, richiamata la circolare 03.09.2010 Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione, i titolari di indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) possono inviare la domanda di partecipazione tramite PEC, alla casella di posta elettronica certificata dell'Azienda al: gp.aou.ancona@emarche.it

Per la validità dell'invio informatico il candidato dovrà utilizzare a propria volta una casella elettronica certificata. L'indirizzo della casella PEC del mittente deve essere obbligatoriamente riconducibile, univocamente, all'aspirante candidato. Non sarà, pertanto, ritenuta ammissibile la domanda inviata 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)**.

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione del/i file PDF da inviare:

1. tramite la **PEC** tradizionale: sottoscrizione con **firma digitale del candidato**, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

oppure

2. tramite la **PEC** tradizionale: sottoscrizione con **firma autografa del candidato + scansione** (compresa scansione di un valido documento di identità);

E' possibile anche la 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.

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 partecipazione, redatta in carta semplice in base al fac-simile allegato, 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) il titolo di studio posseduto, nonché il titolo di abilitazione e di iscrizione all'albo professionale;
- 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 (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. 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 precedenti 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. A tale proposito si precisa che:
 - In seguito all'entrata in vigore dell'art. 15 della Legge 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 DPR 445/2000 e ss. mm. (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. n° 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. n° 445/2000) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non presenti nel citato art. 46 DPR 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 essa 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.

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.

L'eventuale riserva di invio dei documenti successivamente alla scadenza del bando è priva di effetto.

CONFERIMENTO INCARICO - ADEMPIMENTI

L'incarico verrà conferito dalla Direzione Aziendale attraverso apposita Commissione che provvede alla valutazione dei titoli di studio, dell'esperienza professionale e all'esperimento di un colloquio attinente le attività oggetto delle prestazioni professionali richieste con riferimento all'incarico da attribuire in relazione agli obiettivi ed alle caratteristiche dell'attività. La Commissione, altresì, stabilirà i criteri di massima relativi alla valutazione del colloquio, coerenti con i contenuti della posizione da ricoprire.

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

La Commissione Esaminatrice è così composta:

Presidente : Direttore della SOD Diabetologia Pediatrica;

Componenti : due esperti nel settore dipendenti dell'Azienda;

Segretario : un dipendente del ruolo amministrativo appartenente a categoria non inferiore alla C.

Il colloquio si svolgerà nelle date che verranno pubblicate con almeno 5 giorni di anticipo sul sito aziendale:

[http:// www.ospedaliriuniti.marche.it](http://www.ospedaliriuniti.marche.it)

(alla voce **concorsi – avvisi**)

con almeno 5 giorni di anticipo rispetto alla prova

I candidati che non si presenteranno al colloquio saranno ritenuti rinunciatari alla selezione qualunque sia la motivazione addotta per l'assenza anche se indipendente dalla loro volontà.

AVVERTENZA

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

La partecipazione all'avviso implica, da parte dei concorrenti, l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso.

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 alcun conferimento di incarico.

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

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'instaurazione 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 suoi 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. 15/06/2015 n.81.

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

Per eventuali informazioni gli aspiranti possono rivolgersi alla S.O. Gestione del Personale della Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi" – Via Conca 71, Ancona – (Tel. n. 071- 596.3122).

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

**IL PRESENTE AVVISO E' STATO PUBBLICATO ALL'ALBO DELL'AZIENDA IL 24/01/2019
IL TERMINE DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE
SCADE, PERTANTO, ALLE ORE 12,00 DEL 04/02/2019.**

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero – Universitaria
Ospedali Riuniti Umberto I –
G.M. Lancisi – G. Salesi
Via Conca, 71
60126 ANCONA

Il sottoscritto _____

C H I E D E

di partecipare all'avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico di collaborazione riservato ad un laureato in Dietistica finalizzato alla realizzazione del progetto di Ricerca no-profit dal titolo : “*Pediatric Basal Bolus Therapy*” ” a favore della SOD Diabetologia Pediatrica “.

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 – comma 1 – DPR 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 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 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 in possesso dei requisiti specifici di ammissione previsti dal bando (specificare);

-
- di aver prestato/ non aver prestato 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:

recapito telefonico _____.

Allega:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato
- elenco di tutti i documenti e titoli presentati
- fotocopia non autenticata documento di identità in corso di validità.

(Data) _____

(a) _____
(Firma)

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 purchè munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente rilasciate da una amministrazione dello Stato.

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE

MEDIANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 19 e 38, 3° comma, D.P.R. 28/12/2000 n. 445 s.m.i.)

Il sottoscritto (a)

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 le allegate fotocopie, di seguito descritte, sono conformi all'originale (b) :

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

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.

Letto, confermato e sottoscritto

(Luogo e data)

Il dichiarante

(c) (d)

Firma apposta in presenza del dipendente addetto.

Modalità di identificazione (e):

(Luogo e data)

Il dipendente addetto

.....

Timbro dell'ufficio

NOTE

- (a) Cognome e nome, data e luogo di nascita e residenza anagrafica del dichiarante.
- (b) Descrivere dettagliatamente il contenuto della documentazione allegata (Es. per i Servizi: Ente ove sono stati prestati, posizione funzionale e periodo; per i Corsi e Convegni: tipologia, periodi, se con esame finale o senza; per le Pubblicazioni: titolo, rivista di pubblicazione, autore o coautore, ecc.).
- (c) Firma per esteso e leggibile.
- (d) La firma, ai sensi dell'art. 38, 3° comma D.P.R. 28/12/2000 n. 445 deve essere resa in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione ovvero se l'istanza sia trasmessa per posta ordinaria o posta interna unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.
- 1. Tipo del documento di identità, ovvero conoscenza diretta. Ai sensi dell'art. 35 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 sono documenti equipollenti alla carta d'identità: il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, 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.

Io sottoscritto.....-.....nato a.....il.....,residente a
.....vian.....,

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
- 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 settimanalipari 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

- **Aver prestato servizio alle dipendenze**
- Indirizzo completo
- Con la qualifica di
- 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 settimanalipari 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

- **Aver prestato servizio alle dipendenze**
- Indirizzo completo
- Con la qualifica di
- 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 settimanalipari 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

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.)

(solo dichiarazioni di attività didattica, frequenza volontaria, stage, volontariato, ecc.)

Io 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 svolto la seguente attività** presso la
- Struttura/Ente/Ditta:.....
- Indirizzo completo
- Periodo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... fine/...../.....
- per un totale complessivo di ore

- **Aver svolto la seguente attività** presso la
- Struttura/Ente/Ditta:.....
- Indirizzo completo
- Periodo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... fine/...../.....
- per un totale complessivo di ore

- **Aver svolto la seguente attività** presso la
- Struttura/Ente/Ditta:.....
- Indirizzo completo
- Periodo (giorno/mese/anno) inizio/...../..... fine/...../.....
- per un totale complessivo di ore

Luogo e data

.....
(firma per esteso del dichiarante)

In caso di ulteriori attività, 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.

Questo modulo è utilizzabile solo per la certificazione di frequenze volontarie, di tirocini, di incarichi di insegnamento, dell'attività didattica.

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 PRIVATI

Io 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
- 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
- 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
- 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**.*

SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 - D.P.R. 28/12/2000 n. 445 s.m.i.)

Il sottoscritto/a
nato/ a il
residente in via
consapevole, in caso di dichiarazione mendace, delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", nonché della 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 (1)

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

Allega copia di valido documento di riconoscimento

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.

Letto, confermato e sottoscritto
(Luogo e data).....

Il dichiarante (2)
.....

Attesto che la suesposta dichiarazione
è stata resa in mia presenza (3)
(Luogo e data).....

Il dipendente addetto
.....

Timbro dell'ufficio

1 La presente dichiarazione può essere resa nei casi previsti per legge.
2 Firma per esteso e leggibile.
3 La firma, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, non deve essere autenticata se resa in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione ovvero se l'istanza sia trasmessa per posta ordinaria o posta interna unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.