

Allegato n.1) – Fac-simile domanda di partecipazione

AI DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA  
VIA ROMA 67  
56126 PISA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di mobilità, per titoli e colloquio, tra Aziende ed Enti del Comparto Sanità ed Intercompartimentale, per l'acquisizione di n. 1 unità di Operatore Tecnico cat. B livello iniziale, ai sensi dell'art 30 del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii, da assegnare all'U.O. Farmaceutica: Politiche del Farmaco.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

1. il nome e cognome, la data, il luogo di nascita e la residenza;
2. il possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
3. le eventuali condanne penali riportate, ovvero di non aver riportato condanne penali;
4. il titolo di studio posseduto (conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_);
5. di essere dipendente a tempo indeterminato a decorrere dal \_\_\_\_\_ c/o l'Amministrazione/Azienda \_\_\_\_\_
6. il profilo professionale/la posizione funzionale di inquadramento \_\_\_\_\_
7. iscrizione all'albo;
8. di essere in possesso dell'idoneità fisica all'esercizio delle mansioni proprie del profilo di appartenenza;
9. i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
10. appartenenza ad una categoria di cui all'art.1 della L. 68/99:
  - a) persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettivo, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile in conformità alla tabella indicativa delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti approvata, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, dal Ministero della sanità sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dalla Organizzazione mondiale della sanità, nonché alle persone nelle condizioni di cui all'articolo 1, comma 1, della legge 12 giugno 1984, n. 222; (1 )
  - b) persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti;
  - c) persone non vedenti o sordomute, di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, e 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni;
  - d) persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915,
11. eventuali titoli che conferiscono diritti di preferenza a parità di punteggio. I titoli di preferenza valutabili sono quelli di cui all'art.5 del D.P.R. n.487/1994 e ss.mm.ii;

#### Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di mobilità;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. 445/2000, oltre alla decadenza dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere
- **che ogni comunicazione relativa alla mobilità dovrà essere inviata al seguente indirizzo:**

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via/Pza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(telef. \_\_\_\_\_ prefisso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_ eventuale recapito telef. \_\_\_\_\_ )  
e-mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03, in quanto necessario per consentire l'assunzione in servizio e la gestione del rapporto di lavoro in adempimento degli obblighi stabiliti dalle leggi, regolamenti e contratti collettivi.

La domanda deve essere datata e sottoscritta, pena l'esclusione dalla selezione. Tale sottoscrizione ai sensi della L.127/1997, non necessita di autentica

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

(Allegato n. 2)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.° 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ 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

D I C H I A R A

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

=====  
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro;- di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

(Allegato n. 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

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,

D I C H I A R A

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000, i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

N.B. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato alla presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

(Allegato n. 4)

**Fax simile per dichiarare Curriculum formativo e professionale**

**Curriculum formativo e professionale  
redatto ai sensi degli Artt. 46 e 47 DPR 445/2000  
(dichiarazione sostitutiva di certificazione - dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR 445/2000), dichiara i seguenti stati, fatti e qualità personali:

**Titoli accademici e di studio:**

*Per ogni titolo precisare:*

- Ente che ha rilasciato il titolo
  - durata del corso
  - data di conseguimento
  - votazione riportata.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Titoli di carriera intesa come esperienza di lavoro maturata nel profilo professionale di appartenenza**

*Per ogni servizio precisare:*

- Ente presso il quale il servizio è stato prestato (nominativo, struttura privata accreditata/convenzionata o meno ...);
  - Natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto subordinato a tempo indeterminato/determinato; contratto di collaborazione; consulenza .....ecc.);
  - Qualifica rivestita;
  - Tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno - parziale, con l'indicazione del numero di ore svolte alla settimana, ... ecc.);
  - Data di inizio e data di fine del rapporto di lavoro;
  - Indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ...ecc.);
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Attività didattica**

*Per ogni docenza indicare:*

- Ente presso cui sono state effettuate;
  - Periodo, n. ore, oggetto
- 
- 

**Attività formativa e di perfezionamento:**

*Per ogni Corso di formazione frequentato indicare:*

- Oggetto;
- la data e il luogo di svolgimento;
- l'Ente organizzatore;
- l'eventuale esame finale;
- crediti formativi attribuiti

**Allegare in originale o in copia conforme all'originale eventuali pubblicazioni**

---

---

Dichiaro inoltre che le fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nei documenti ad essa allegati corrisponde al vero.  
Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità

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

FIRMA \_\_\_\_\_

(Allegato n. 5)

Fac simile per dichiarare il servizio prestato

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, 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**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000, di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni  
come di seguito descritto:

Ente datore di lavoro

.....  
Profilo professionale ricoperto

.....  
Con rapporto di lavoro

.....  
(Specificare la natura: rapporto di lavoro dipendente, libero professionale, collaborazione ecc. e **in caso di lavoro dipendente specificare se trattasi di lavoro a tempo determinato o a tempo indeterminato**)

Data inizio carriera ..... data fine carriera ..... motivo della  
cessazione.....

( Es. scadenza contratto a tempo determinato, dimissioni, trasferimento altro ente, ecc.)

orario a tempo pieno

orario a tempo parziale

dal.....al..... %.....rispetto al tempo parziale

dal.....al..... %.....rispetto al tempo parziale

dal.....al..... %.....rispetto al tempo parziale

senza interruzione della carriera

con interruzione della carriera

dal ..... al..... per .....

dal ..... al..... per .....

dal ..... al..... per .....

(Es. aspettativa senza assegni, sospensione cautelare, ecc.)

In relazione al periodo di servizio prestato

non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del DPR 761/79

ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del DPR 761/79 e per tale motivo il punteggio di carriera deve essere ridotto nella misura del .....%.

**Dichiaro di essere informat\_\_\_, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.**

Data \_\_\_\_\_

Firma<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato alla presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

---