DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Modello della domanda - Allegato A

(in carta semplice)

Alla Direttrice

Dipartimento di Scienze economiche e aziendali di Ateneo

Il/La sottoscritto/a................................................ nato/a a............................ (prov. di.......) il ……………..

e residente in...........................……....(prov. di .......) via................................................ n. ……. Cap. ……

Codice Fiscale ……………………….. cell……………………… @ …………………………………

chiede di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica per Corso di Alta Formazione denominato “Corso di formazione manageriale per dirigenti di struttura complessa del sistema sanitario nazionale”, bandita con Decreto del Direttore del Dipartimento **Rep. 75/2025, prot. 516 dell’8/04/2025**.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

a) di essere in possesso della cittadinanza italiana (1);

b) di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (2) eventualmente indicare i procedimenti penali in corso .................................................................;

c) di godere dei diritti civili e politici (se cittadino di stato membro dell’Unione Europea anche nello stato di appartenenza);

e) di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi della normativa vigente;

f) di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini non italiani);

g) di essere in possesso dei seguenti requisiti previsti all’art. 3 dell’avviso di selezione pubblica:

- diploma di laurea indicare in grassetto (Vecchio ordinamento - Magistrale o Specialistica) in ………………..................…… conseguita presso l’Ateneo di …..………………………..…… in data ……………............. con la votazione di ……………………;

h) di essere attualmente in servizio in qualità di Dirigente appartenente alle categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi e dirigenti delle professioni sanitarie, amministrativi, professionali, tecnici e tecnico-sanitarie;

i) di possedere il seguente requisito tra quelli indicati nell’articolo 3 dell’avviso (barrare con un X il requisito posseduto)

* Dirigente di Unità Operativa Complessa con incarico di Direzione di Dipartimento del Servizio Sanitario della Regione Sardegna non ancora in possesso dell’attestato di formazione manageriale in oggetto, presso la seguente struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di ricoprire l’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirigente di Unità Operativa Complessa con incarico di Direzione di UOC del Servizio Sanitario della Regione Sardegna non ancora in possesso dell’attestato di formazione manageriale in oggetto, presso la seguente struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di ricoprire l’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, biologo, chimico, fisico, psicologo, dirigenti amministrativi, delle Servizio Sanitario della Regione Sardegna che, pur non avendo incarico di direzione di Unità Operativa Complessa, dichiara di possedere uno dei due seguenti requisiti:
* dirigente con incarico di Direzione di Unità Operative Semplici o Semplici Dipartimentali, presso la struttura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di ricoprire l’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dirigente con un’anzianità di servizio di almeno 10 anni, presso la struttura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di ricoprire l’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Medico, odontoiatria, veterinario, farmacista, biologo, chimico, fisico, psicologo, dirigente amministrativo del Servizio Sanitario della Regione Sardegna con anzianità di servizio di almeno 5 anni di dirigenza, alla data di scadenza del bando, presso la struttura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di ricoprire l’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirigente con incarico di Direzione di Unità Operativa Complessa non appartenenti al Servizio Sanitario della Regione Sardegna, presso la struttura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di ricoprire l’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirigente medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, biologo, chimico, fisico, psicologo e dirigente amministrativo non operante nel Servizio Sanitario Regionale della Sardegna con anzianità di servizio presso la struttura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di ricoprire l’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l) di eleggere il proprio domicilio ai fini della procedura comparativa in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.a.p \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di volere frequentare il corso presso la sede di:

* Sassari
* Olbia (la frequenza presso la sede di Olbia è condizionata da un numero di almeno 30 discenti e dalla decisione del Collegio dei docenti; diversamente il candidato dovrà frequentare nella sede di Sassari)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:

* copia fotostatica del documento di identità in formato pdf;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(firma)

1. ovvero di essere equiparato ai cittadini dello stato in quanto italiano non appartenente alla Repubblica.
2. dichiarare le eventuali condanne penali riportate (anche se sia stato concesso indulto, amnistia, condono o perdono giudiziale) o i procedimenti penali eventualmente pendenti a carico.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 445/00)

Il/La sottoscritto/a: cognome ……………………….……… nome ……………………………………………

nato/a a ………………………….………………….... prov .….……………….. il ………..………………….

residente a ……………………….…... prov ………. Indirizzo …………….……..…….…… c.a.p ….……...

codice fiscale ………………………...…... telefono: ……………………… e-mail ……………………….…

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

* di non essere a conoscenza di procedimenti penali a suo carico;
* di avere pendente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ procedimento penale per  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non aver riportato condanne penali, neanche per effetto di sentenze di patteggiamento e decreti  
  penali di condanna;
* di aver riportato le seguenti condanne (se interessato/a indicare obbligatoriamente questa sezione segnalando anche sentenze non definitive di condanna ovvero procedimenti in corso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non essere sottoposto a misura di sicurezza personale;
* di essere sottoposto alla seguente misura di sicurezza personale (se interessato/a indicare obbligatoriamente questa sezione segnalando anche sentenze non definitive di condanna ovvero procedimenti in corso)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Luogo e data

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

Il/La dichiarante

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