

Allegato 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

(per le donne indicare il cognome da nubile)

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

e domiciliato in _____ (prov. _____)

via _____ n. _____

email: _____ Tel.: _____ Mobile: _____

DICHIARA

Di appartenere alla seguente categoria (barrare la casella di appartenenza):

- ☐ **A.** ai dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) incaricati della Direzione di Dipartimento e di Struttura Complessa, questi ultimi con Tutti seguenti requisiti:
- vincitori di concorso pubblico per le aziende sanitarie ed Enti pubblici o nomina diretta per le aziende private appartenenti al Sistema Sanitario della Regione Puglia;
 - al primo incarico – specificare anzianità di incarico (in mesi) _____;
 - non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale (previsto dal documento approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 10/07/2003);
- ☐ **B.** dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) incaricati della Direzione di Strutture Complesse con TUTTI i seguenti requisiti:
- vincitori di concorso pubblico per le aziende sanitarie ed Enti pubblici o nomina diretta per le aziende private appartenenti al Sistema Sanitario della Regione Puglia;
 - non al primo incarico – specificare anzianità di incarico (in mesi) _____;
 - non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale (previsto dal documento approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 10/07/2003);
- ☐ **C.** dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) incaricati della Direzione di Strutture Complesse con TUTTI i seguenti requisiti:

- vincitori di concorso pubblico per le aziende sanitarie ed Enti pubblici o nomina diretta per le aziende

private appartenenti al Sistema Sanitario della Regione Puglia;

- non al primo incarico – specificare anzianità di incarico (in mesi) _____;
- in possesso del certificato di formazione manageriale (previsto dal documento approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 10/07/2003) ma in scadenza nel _____;

☐ **D. dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) incaricati della Direzione di Strutture Complesse con TUTTI i seguenti requisiti:**

- nominato nella azienda sanitaria ed Ente pubblico secondo quanto stabilito dall'art. 18 CCNL 1998-2001 dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa del S.S.N. nonché facenti funzione – specificare anzianità di incarico (in mesi) _____;
- non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale (previsto dal documento approvato

dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 10/07/2003).

☐ **E. dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) incaricati della Direzione di Strutture Complesse delle Aziende e degli Enti di altre Regioni e delle Province autonome del Sistema Sanitario Nazionale non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale (previsto dal documento approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 10/07/2003)- specificare anzianità di incarico (in mesi)**

☐ **F. dirigenti sanitari in possesso dei requisiti per l'accesso al secondo livello dirigenziale (ex art. 5 del DPR n. 484 del 10/12/1997, ad esclusione delle lett. "c)" e "d)**

- dichiara di possedere i requisiti da (indicare anzianità in mesi): _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega alla presente:

- fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità e sottoscritto
- Codice Fiscale

(luogo e data)

Il dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)