

## 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. \_\_\_\_\_

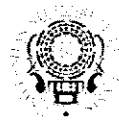
email: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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)