



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

Nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Domiciliato in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Incarico attuale di \_\_\_\_\_ della struttura/U.O. \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_  
(specificare l'Ente di appartenenza)

**DICHIARA**

di appartenere al seguente profilo (barrare la casella di appartenenza)

- PROFILO A** (specificare l'incarico e l'ente di appartenenza)
  - Direttore Sanitario presso la seguente Azienda o Ente pubblico del Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_
  - Direttore Amministrativo presso la seguente Azienda o Ente pubblico del Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_

**non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale (di cui alle prescrizioni, rispettivamente, dell'art. 3-bis, c. 4, del D.Lgs n. 502/92 e dell'art. 1 del DPR 10 dicembre 1997, n. 484 e loro ss.mm.ii) con anzianità di incarico di (in mesi) \_\_\_\_\_
  
- PROFILO B** (specificare l'albo di appartenenza e l'anzianità di incarico)
  - Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Sanitario delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia ed attualmente operante in Regione Puglia
  - Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Amministrativo delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia ed attualmente operante in Regione Puglia

con anzianità di incarico nella direzione tecnico-sanitaria o tecnica o amministrativa e diretta responsabilità delle risorse umane, finanziarie e strumentali di (specificare in mesi) \_\_\_\_\_

- PROFILO C** (specificare la struttura di appartenenza e l'esperienza in ambito sanitario)  
ai Dirigenti della Regione Puglia e degli Enti direttamente controllate dalla stessa con un'esperienza almeno quinquennale in ambito sanitario di (specificare in anni) \_\_\_\_\_.
  
- PROFILO D** (specificare l'Ente di appartenenza)
  - Direttore Generale in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale (di cui alle prescrizioni, rispettivamente, dell'art. 3-bis, c. 4, del D.Lgs n. 502/92 e dell'art. 1 del DPR 10 dicembre 1997, n. 484 e loro ss.mm.ii) presso l'Azienda sanitaria privata autorizzata/accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_ con un numero di posti letto non inferiore a duecento cinquanta ovvero quelle che impiegano in attività sanitarie un numero di dipendenti appartenenti alle categorie professionali del ruolo sanitario non inferiore a trecento;
  - Direttore Sanitario in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale (di cui alle prescrizioni, rispettivamente, dell'art. 3-bis, c. 4, del D.Lgs n. 502/92 e dell'art. 1 del DPR 10 dicembre 1997, n. 484 e loro ss.mm.ii) presso l'Azienda sanitaria privata autorizzata/accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_ con un numero di posti letto non inferiore a duecento cinquanta ovvero quelle che impiegano in attività sanitarie un numero di dipendenti appartenenti alle categorie professionali del ruolo sanitario non inferiore a trecento
  - Direttore Amministrativo in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale (di cui alle prescrizioni, rispettivamente, dell'art. 3-bis, c. 4, del D.Lgs n. 502/92 e dell'art. 1 del DPR 10 dicembre 1997, n. 484 e loro ss.mm.ii) presso l'Azienda sanitaria privata autorizzata/accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_ con un numero di posti letto non inferiore a duecento cinquanta ovvero quelle che impiegano in attività sanitarie un numero di dipendenti appartenenti alle categorie professionali del ruolo sanitario non inferiore a trecento
  
- PROFILO E** (specificare l'incarico con relativa anzianità, l'Ente e la Regione/Provincia autonoma di appartenenza)
  - Direttore Sanitario in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale (di cui alle prescrizioni, rispettivamente, dell'art. 3-bis, c. 4, del D.Lgs n. 502/92 e dell'art. 1 del DPR 10 dicembre 1997, n. 484 e loro ss.mm.ii) presso l'Azienda ed Ente \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ o della Provincia autonoma di \_\_\_\_\_ con anzianità di incarico di (in mesi) \_\_\_\_\_
  - Direttore Amministrativo in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale (di cui alle prescrizioni, rispettivamente, dell'art. 3-bis, c. 4, del D.Lgs n. 502/92 e dell'art. 1 del DPR 10 dicembre 1997, n. 484 e loro ss.mm.ii) presso l'Azienda ed Ente \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ o della Provincia autonoma di \_\_\_\_\_
  
- PROFILO F** (specificare la Regione/Provincia autonoma e l'anzianità di incarico)

- Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Sanitario delle Aziende ed Enti della Regione \_\_\_\_\_ o della Provincia autonoma \_\_\_\_\_
- Direttore Amministrativo presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Sanitario delle Aziende ed Enti della Regione \_\_\_\_\_ o della Provincia autonoma \_\_\_\_\_
- con anzianità di incarico nella direzione tecnico-sanitaria o tecnica o amministrativa e diretta responsabilità delle risorse umane, finanziarie e strumentali di (specificare in mesi) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali in 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. Inoltre 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:

- fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità e sottoscritto
- codice fiscale

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

Il dichiarante \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)