

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI ENNA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

Prov. _____ Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Tel _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle conseguenze penali comminate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazione mendaci, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO

Ai fini della formulazione della graduatoria relativa alla selezione per l'attribuzione della fascia economica anno 2022, il possesso dei seguenti titoli, stati e fatti personali:

1. Esperienza professionale

(indicare i periodi di servizio prestati con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, a tempo pieno/parziale, nel Servizio Sanitario Nazionale in strutture sanitarie pubbliche e/o private accreditate e/o altri Enti Pubblici)

Ente/Azienda	Dal (gg/m/a)	Al (gg/m/a)	Qualifica	Tempo pieno/tempo parziale	Ore settimanali

(duplicare il riquadro per ogni periodo di attività)

Dichiaro altresì:

- di non aver fruito di aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite.
- di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa/congedo o altre assenze non retribuite:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

2. Permanenza nella fascia

(indicare il periodo di permanenza nella fascia economica attualmente in godimento)

Fascia economica in possesso	Data di conseguimento	Conseguita presso (indicare Azienda/Ente)
Specificare _____		

3. Merito Professionale

(Per la valutazione del merito professionale deve farsi riferimento al punteggio medio ottenuto **nel secondo e terzo anno antecedenti** a quello della selezione messa a bando. Qualora il candidato, nel biennio considerato, abbia svolto, interamente o parzialmente, attività presso un'altra Amministrazione occorre riportare, percentualmente, la valutazione per il sistema premiante conseguita in rapporto al punteggio massimo stabilito dell'Azienda di provenienza, ciò è valido solamente per il personale dipendente dell'ASP di Enna assunto per mobilità da altri Enti e per il personale dipendente dell'ASP di Enna comandato presso altre Amministrazioni Pubbliche)

Anno di riferimento	Azienda/ Ente	Periodo	Punti valutazione/ punteggio massimo (esempio 1,5/1,5)
Valutazione anno 2019		Dal _____ Al _____	Punti _____ / _____
Valutazione anno 2020		Dal _____ Al _____	Punti _____ / _____

4. **Formazione acquisita**

(indicare i titoli di studio conseguiti attinenti al profilo e alla posizione funzionale rivestita)

Titolo di Formazione		Data di conseguimento	Codice classe	Conseguito presso (indicare Università)
<input type="checkbox"/>	Diploma di laurea triennale o titolo equivalente (ove non costituisca requisito di accesso al profilo) Specificare _____			
<input type="checkbox"/>	Diploma di laurea Specificare _____			
<input type="checkbox"/>	Diploma di laurea specialistica Specificare _____			
<input type="checkbox"/>	Diploma di laurea magistrale Specificare _____			
<input type="checkbox"/>	Corso di perfezionamento universitario Specificare _____			
<input type="checkbox"/>	Dottorato di ricerca Specificare _____			
<input type="checkbox"/>	Master Universitario 1° livello Specificare _____	dal _____ al _____ n° ore _____ n° crediti _____ esami finali SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Master Universitario 2° livello Specificare _____	dal _____ al _____ n° ore _____ n° crediti _____ esami finali SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

(duplicare il riquadro per ogni titolo)

Titolo di relazione/docenza/tutoraggio solo se relativi al triennio precedente	Indicare periodo/n. ore e n. ECM (solo per la docenza)	Ente promotore
Specificare titolo e oggetto: _____ _____ _____	dal _____ al _____ n° ore _____ n° ECM _____	

Specificare titolo e oggetto: _____ _____ _____	dal _____ al _____ n° ore _____ n° ECM _____	
Specificare titolo e oggetto: _____ _____ _____	dal _____ al _____ n° ore _____ n° ECM _____	
Specificare titolo e oggetto: _____ _____ _____	dal _____ al _____ n° ore _____ n° ECM _____	

(duplicare il riquadro per titolo)

Titoli di pubblicazioni solo se relativi al triennio precedente	Specificazione pubblicazione	Specificare Editore/Convegno/altro Evento	Data
<input type="checkbox"/> Oggetto: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Pubblicazione edita a stampa <input type="checkbox"/> posters		
<input type="checkbox"/> Oggetto: _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Pubblicazione edita a stampa <input type="checkbox"/> posters		

(duplicare il riquadro per ogni titolo)

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza di quanto previsto degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni e per la falsità degli atti, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazione non veritiere e di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti con riguardo al presente procedimento.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente selezione.

La sottoscrizione in calce alla domanda comporta la totale adesione ed accettazione di tutto quanto contemplato nell'avviso.

_____, _____
(luogo) (data)

Firma per esteso del dichiarante

N:B: Allegare fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.