
Prot. 15746 del 02/02/2017

Avviso di mobilità extraregionale, per titoli e colloquio, per il reperimento di n. 24 unità di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere.

Visto l'art.19 del CCNL Comparto Sanità 7/4/1999;
Visto l'art.30 del D.Lgs. n.165 del 30.03.2001;
Visto l'art. 4 del D.L. 24.6.2014 n. 90 convertito nella L. 11.8.2014 n. 114;
Visto il D.C.A. n. 134 del 20/12/2016;

Si rende noto che questa Azienda intende ricoprire, mediante mobilità volontaria in ambito extraregionale n. 24 posti di Collaboratore professionale sanitario infermiere a tempo indeterminato.

REQUISITI

Per l'ammissione alla procedura di mobilità è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso Aziende ed Enti del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale, inquadrato nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – infermiere- categoria D;
- essere in possesso dell'idoneità fisica all'esercizio delle mansioni proprie del profilo di appartenenza;
- avere superato il periodo di prova previsto dalla normativa vigente;
- nullaosta preventivo rilasciato dall'Azienda di appartenenza.

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione.

Il mancato possesso dei requisiti di cui sopra comporta l'esclusione dalla partecipazione alla procedura, ovvero, nel caso di carenza riscontrata all'atto del trasferimento, la decadenza dal diritto al trasferimento stesso.

Presentazione delle domande

Le domande dovranno pervenire al protocollo Aziendale entro e non oltre gg. 30 dalla data di pubblicazione del presente avviso sul sito Aziendale.

Per la validità delle domande farà fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante.

Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio. Il mancato rispetto determina l'esclusione dalla procedura di cui trattasi.

Modalità di presentazione

Le domande di partecipazione all'avviso, redatte in carta semplice, devono essere indirizzate al Direttore Generale dell'ASP di Cosenza – viale Alimena 8 e potranno essere presentate secondo una delle seguenti modalità:

1) consegna presso l'ufficio protocollo dell'Azienda viale Alimena 8 - Cosenza;

2) spedizione, entro il termine indicato, mediante raccomandata con avviso di ricevimento, indirizzata al Direttore Generale dell'ASP di Cosenza Viale Alimena 8.

Questa Azienda non risponde di eventuali disguidi o ritardi derivanti dal Servizio postale.

3) inoltro con posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo protocollo@pec.asp.cosenza.it precisando nell'oggetto:

“domanda di partecipazione al bando mobilità Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere”.

In tale caso farà fede la ricevuta del gestore.

Il ricorso a questa modalità è consentito esclusivamente a condizione che il candidato sia in possesso di personale casella di posta elettronica certificata. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se trasmessa all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato.

Nella domanda, redatta secondo l'allegato modello, il candidato, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, deve dichiarare ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del DPR 455/00:

1. il nome e cognome, la data, il luogo di nascita e la residenza;
2. il possesso della cittadinanza _____;
3. le eventuali condanne penali riportate, ovvero di non aver riportato condanne penali;
4. il titolo di studio posseduto e i requisiti di ammissione richiesti;
5. di essere dipendente a tempo indeterminato a decorrere dal _____ c/o l'Azienda _____
6. il profilo professionale/la posizione funzionale di inquadramento _____
7. iscrizione all'albo
8. nulla osta preventivo alla mobilità da parte dell'Azienda di appartenenza;
9. di essere in possesso dell'idoneità fisica all'esercizio delle mansioni proprie del profilo di appartenenza;
10. i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
11. eventuali titoli che conferiscono diritti di preferenza a parità di punteggio. I titoli di preferenza valutabili sono quelli di cui all'art.5 del D.P.R. n.487/1994 e ss.mm.ii;
12. di autorizzare il trattamento manuale/informatizzato dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.196/2003;

L'aspirante dovrà inoltre indicare il domicilio presso il quale ricevere ogni comunicazione relativa alla selezione, in caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto la residenza di cui al punto 1.

I candidati hanno l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo all'Azienda, la quale non assume responsabilità alcuna nel caso di loro irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.

La domanda deve essere datata e sottoscritta, pena l'esclusione dalla selezione. Tale sottoscrizione ai sensi della L.127/1997, non necessita di autentica.

Non saranno prese in considerazione le domande di mobilità presentate prima della data di pubblicazione del presente avviso, nonché quelle già in possesso dell'Azienda. Pertanto, tutti coloro che abbiano già presentato domanda di mobilità e siano tuttora interessati dovranno presentare una nuova istanza secondo le indicazioni previste nel presente avviso.

Non è consentito il riferimento a documenti presentati a questa Amministrazione in altre circostanze.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE:

Ai sensi del “Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di Documentazione amministrativa” di cui al DPR 28/12/2000 n. 445, così come modificato dall'art. 15, comma 1 – della L. 12/11/2011 n. 183, dall'1.1.2012 le Pubbliche Amministrazioni non possono più ricevere certificati rilasciati da altre Pubbliche Amministrazioni in ordine a stati, qualità personali e fatti.

Tali certificazioni devono essere sempre sostituite dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto di notorietà, di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Il candidato, tenuto conto di quanto sopra precisato, dovrà in allegato alla domanda documentare o autocertificare ai sensi di legge:

- fotocopia di un valido documento di identità;
- possesso dei requisiti specifici di ammissione;
- titoli (carriera, accademici e di studio) che l'aspirante ritiene rilevanti agli effetti della valutazione di merito;
- eventuali pubblicazioni edite a stampa. Le pubblicazioni possono essere presentate in copia purché il candidato ne dichiari la conformità all'originale mediante dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- curriculum formativo e professionale, in formato europeo, datato e firmato, e debitamente documentato;
- elenco analitico e leggibile, in carta semplice, dei documenti presentati.

In allegato sono stati inseriti i modelli A-B-C-D-E-F-G di dichiarazioni sostitutive di atto notorio o certificazione, da poter utilizzare nell'ambito del presente avviso.

Dovrà essere, inoltre, allegato alla domanda nullaosta preventivo rilasciato dall'Azienda di appartenenza, pena l'esclusione dall'Avviso stesso.

MODALITA' DI CERTIFICAZIONE DEL SERVIZIO PRESTATO:

Il servizio prestato presso le Pubbliche Amministrazioni deve essere autocertificato con dichiarazione sostitutiva di atto notorio e deve contenere, pena l'esclusione ai soli fini della valutazione dei titoli, le seguenti informazioni:

- denominazione dell'Ente presso il quale è stato prestato il servizio;
- qualifica ricoperta;
- natura e caratteristica del rapporto di lavoro;
- impegno orario;
- cause di interruzione dell'anzianità;

COMMISSIONE - VALUTAZIONE DEI TITOLI

La valutazione delle domande pervenute sarà effettuata da una Commissione Tecnica, nominata dal Direttore Generale.

La Commissione procede alla valutazione applicando i criteri della specificità del posto da ricoprire disponendo, complessivamente, di 100 punti così ripartiti:

- 60 punti per la valutazione del colloquio
- 40 punti per la valutazione dei titoli di carriera, pubblicazioni, titoli accademici, curriculum formativo e professionale. In analogia con quanto previsto dal D.P.R. n. 220 del 27/03/2001 e ss.mm.ii. i punti di cui sopra sono così suddivisi:

1. titoli di carriera: 16 punti
2. titoli accademici e di studio: 6 punti
3. pubblicazioni e titoli scientifici: 6 punti
4. curriculum formativo e professionale: 12 punti

COLLOQUIO

La prova del colloquio è finalizzata a valutare il patrimonio di conoscenze applicate e la capacità di soluzione di problemi operativi in relazione alle esigenze dell'Azienda nonché la specifica motivazione a lavorare presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.

Il superamento della prova (colloquio) è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 36/60.

La data e la sede del colloquio saranno comunicate contestualmente alla pubblicazione dei candidati ammessi, sul sito internet aziendale alla sezione concorsi almeno 10 giorni prima dello svolgimento del medesimo.

Al colloquio i candidati dovranno presentarsi muniti di un valido documento d'identità personale.

GRADUATORIA FINALE

La Commissione Tecnica formula la graduatoria di merito dei candidati.

TRASFERIMENTO

L'Azienda provvederà alla copertura dei posti assegnando la sede di servizio secondo l'ordine di posizione nella graduatoria. Tali sedi sono comunque individuate negli Spoke Ospedalieri.

Il trasferimento del candidato collocato utilmente in graduatoria avrà luogo, previo nulla osta dell'Amministrazione di appartenenza.

L'Azienda si riserva di apporre un termine a che il trasferimento del candidato avente diritto avvenga in tempi congrui rispetto al soddisfacimento dell'esigenze organizzative.

TUTELA DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA SULLA PRIVACY

I dati personali forniti dal candidato saranno raccolti da questa Azienda per le finalità di gestione della procedura selettiva e saranno trattati, anche successivamente, nell'eventualità di assunzione, per la gestione del rapporto di lavoro. Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un concreto interesse ai sensi della Legge 241/90.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate ad altre Amministrazioni unicamente per l'adempimento di disposizioni di legge o per finalità attinenti alla posizione economica – giuridica del candidato. L'interessato ha il diritto di rettificare, aggiornare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla stessa; il trattamento è finalizzato, ai sensi del D. Lgs. 196/03, agli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa nonché, nell'eventualità di costituzione del rapporto di lavoro, per la finalità di gestione del rapporto stesso.

MODIFICA, SOSPENSIONE E REVOCA DELLA SELEZIONE

L'Azienda si riserva la facoltà, per motivi legittimi, di modificare, sospendere o revocare, in tutto o in parte, la presente procedura, nonché riaprire o prorogare i termini per la presentazione delle domande senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritto.

NORME FINALI

Per quanto non particolarmente previsto nel presente Avviso, si rinvia alle disposizioni di legge vigenti in materia. Copia integrale del bando è disponibile sul sito aziendale all'indirizzo aziendale www.asp.cosenza.it. Per eventuali informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi all'Ufficio dotazione organica e concorsi dell'ASP di Cosenza.

F.to **IL DIRETTORE GENERALE**

- Dr. Raffaele Mauro -

Fac simile domanda

Al Direttore Generale
ASP Cosenza
(viale degli Alimena 8)

I sottoscritt nat_ a il
residente a via n° C.A.P.
..... tel.....

Chiede di poter partecipare all'Avviso Pubblico di Mobilità extraregionale tra Aziende ed Enti del Servizio Sanitario, per titoli e prova colloquio, per n. 24 posti di Collaboratore professionale sanitario infermiere per C.P.S. – Infermiere.

A tal fine, consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne l'uso nei casi previsti dal D.P.R. n° 445 del 28.12.2000, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara:

Di essere in possesso della cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalla vigente normativa, o della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea.

Di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di

Di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (motivo)

Di non avere subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso.

Di avere subito le seguenti condanne penali

Di avere i seguenti procedimenti penali in corso

Di essere in possesso del diploma di Laurea in: conseguito presso l'Università:

..... in data _/ _/ _

Di essere in possesso del diploma conseguito presso

..... in data _/ _/ _

Di essere iscritto/a all'Albo/Ordine Professionale degli Infermieri della Provincia di

.....

Di essere in possesso della conseguita presso l'Università:

..... In data _/ _/ _

Di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione

Di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a selezione

Di appartenere a categorie con diritto di preferenza ai sensi della vigente normativa

statale:.....

Di prestare servizio presso in qualità di

Di allegare curriculum formativo e professionale datato e firmato;

Di allegare nulla osta preventivo alla mobilità da parte dell'Azienda di appartenenza;

Di allegare un elenco dei documenti e dei titoli presentati;

Di allegare le seguenti dichiarazioni rese sotto forma di autocertificazione:_____

Che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente

indirizzo.....

impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera l'Azienda di qualsiasi

responsabilità in caso di sua irreperibilità: via n.cap

..... città Prov. (.....)

Che i documenti allegati sono conformi agli originali ai sensi del DPR 445/2000;

Che quanto dichiarato nel CURRICULUM, negli elenchi dei corsi, convegni ecc. e nell'elenco delle pubblicazioni risponde a verità ai sensi del DPR 445/2000;

Di manifestare il proprio consenso, ai sensi del D.Lgs.196/2003, al trattamento ed alla

comunicazione dei dati personali spontaneamente forniti nei limiti di cui al bando di avviso e

subordinatamente al puntuale rispetto della presente normativa.

Data,

Firma

Per dichiarare i **Servizi prestati con rapporto di DIPENDENZA**
presso strutture pubbliche o private (ricordare indicare orario di lavoro settimanale)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di
inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
_____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: _ pubblica _
privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di
inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
_____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: _ pubblica _
privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di
inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
_____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: _ pubblica _
privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di
inquadramento e disciplina attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
_____ **con rapporto di dipendenza** (struttura: _ pubblica _
privata) a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore ;

periodo interruzione: dal _____ al _____ Motivo: _____

periodo interruzione: dal _____ al _____ Motivo: _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare **servizi** prestati
per conto di **AGENZIE INTERINALI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
per conto dell' **Agenzia Interinale** _____
con rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
per conto dell' **Agenzia Interinale** _____
con rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
per conto dell' **Agenzia Interinale** _____
con rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento attribuito all'atto dell'incarico) presso _____
per conto dell' **Agenzia Interinale** _____
con rapporto di subordinazione a tempo pieno ovvero con impegno orario settimanale pari a _____ ore

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare i **Servizi prestati con rapporto:**
libero professionale / co.co.co / co.co.pro, consulente etc.:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,

il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni

penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e
disciplina attribuito all'atto dell'incarico) con rapporto di lavoro:

libero professionale

co.co.co,

consulente

altro (specificare) _____

presso _____ (struttura: _ pubblica _ privata)

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e
disciplina attribuito all'atto dell'incarico) con rapporto di lavoro:

libero professionale

co.co.co,

consulente

altro (specificare) _____

presso _____ (struttura: _ pubblica _ privata)

di prestare (o aver prestato) servizio dal _____ al _____
in qualità di _____ (specificare profilo di inquadramento e
disciplina attribuito all'atto dell'incarico) con rapporto di lavoro:

libero professionale

co.co.co,

consulente

altro (specificare) _____

presso _____ (struttura: _ pubblica _ privata)

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare **attività didattica**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000 art. 47)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di svolgere (o aver svolto) la seguente attività didattica:

Docenza presso _____

Materia: _____

Incarico conferito da _____ anno accademico _____;

Tutoraggio presso _____

Materia: _____

Incarico conferito da _____ anno accademico _____;

di svolgere (o aver svolto) la seguente attività di **insegnamento nei seguenti corsi di formazione:**

_____ nella materia _____

su incarico di _____ per ore _____ .

_____ nella materia _____

su incarico di _____ per ore _____ .

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle
sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di aver partecipato alla seguente **attività di formazione ed aggiornamento** e di essere in possesso dei relativi attestati:

Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)
Titolo dell'evento
Luogo di svolgimento dell'evento e periodo/durata
Ente erogatore
Specificare se l'attività formativa è ECM
Specificare se con test o esame finale

Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)
Titolo dell'evento
Luogo di svolgimento dell'evento e periodo/durata
Ente erogatore
Specificare se l'attività formativa è ECM
Specificare se con test o esame finale

Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)
Titolo dell'evento
Luogo di svolgimento dell'evento e periodo/durata
Ente erogatore
Specificare se l'attività formativa è ECM
Specificare se con test o esame finale

Tipologia evento (spec, se trattasi di corso/ congresso/evento formativo etc)
Titolo dell'evento
Luogo di svolgimento dell'evento e periodo/durata
Ente erogatore
Specificare se l'attività formativa è ECM
Specificare se con test o esame finale

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ li _____

Il Dichiarante _____

Per dichiarare il possesso di **ulteriori titoli di studio** (Dottorato di ricerca/Master Universitari etc **con esclusione** di quelli già indicati nella domanda di partecipazione all'avviso pubblico)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(D.P.R. 445/2000 art. 46)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle
sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- Di aver conseguito il titolo di _____
Presso _____ in data _____
- Di aver conseguito il titolo di _____
Presso _____ in data _____
- Di aver conseguito il titolo di _____
Presso _____ in data _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASP di Cosenza a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

_____ lì _____ Il Dichiarante _____

