**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.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| pec:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobile  Incarico attuale di |  |  | della struttura/U.O. |
|  |  |  |
| presso  (specificare l’Ente di Appartenenza)  D I C H I A R A | |  |  |

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):
* G) ai dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) incaricati della Direzione di Dipartimento e di Struttura Complessa, questi ultimi con i requisiti a fianco indicati:
* vincitori di concorso pubblico per le aziende sanitarie ed Enti pubblici o nomina diretta per le aziende private delle altre Regioni e delle Province autonome del Servizio Sanitario Nazionale
* non ancora in possesso o in possesso ma prossimo scadenza del certificato di formazione manageriale (previsto dal documento approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 10/07/2003).

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)