

Domanda di ammissione all'Avviso di pubblica selezione, per titoli e colloquio, per l'assegnazione di n. 1 Borsa di Studio per la realizzazione del progetto aziendale denominato: "Monitoraggio dell'appropriatezza di impiego, sorveglianza e governo clinico dei Dispositivi Medici (DM)"

Il/L a sottoscritto/a _____

C H I E D E

di essere ammesso/a all'Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 Borsa di Studio per la realizzazione del progetto aziendale "Monitoraggio dell'appropriatezza di impiego, sorveglianza e governo clinico dei Dispositivi Medici (DM)" , emesso con Decreto del Direttore Generale n. del/2024)

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 come modificato dalla normativa vigente, sotto la propria responsabilità, dichiara:

a) di essere nato/a _____ (____), il _____
e di risiedere a _____ (_____)
indirizzo: _____ n. _____ C.A.P. _____;

b) di essere in possesso di cittadinanza:

b₁) ☐ **Italiana**

☐ **Equiparata** alla cittadinanza italiana ai sensi della seguente normativa _____ ;

e (in questi casi) dichiara di:

/// essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (____)

oppure

/// non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali di un Comune per le

seguenti motivazioni

_____;

b₂) ☐ **di Stato dell'Unione Europea** e precisamente: _____,

e (in questo caso) di:

☐ di godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza

☐ di non godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza per le seguenti

motivazioni: _____



Carlo Poma



Sistema Socio Sanitario
Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiole 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

b₃) ☐ **di Stato Estero** (non facente parte dell'Unione Europea) e precisamente: _____

☐ **familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione europea** indicare generalità del familiare (nome, cognome, luogo e data di nascita e cittadinanza) e il legame familiare

☐ titolare del diritto di soggiorno nr. _____ rilasciato da _____
_____ in data _____ con scadenza il _____;

☐ titolare del diritto di soggiorno permanente nr. _____
rilasciato da _____ in data _____;

☐ **Titolare di permesso di soggiorno nr.** _____ rilasciato da _____
_____ in data _____ con scadenza il _____,

per il seguente motivo (barrare la voce di interesse) :

- ☐ permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- ☐ status di rifugiato;
- ☐ status di protezione sussidiaria

e di:

- ☐ di godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza
- ☐ di non godere dei diritti civili e politici presso il proprio Stato di appartenenza per le seguenti

motivazioni: _____

☐ di non avere riportato condanne penali

☐ di avere riportato condanne penali (precisare le motivazioni e i riferimenti dei rispettivi provvedimenti) _____

c) ☐ di non avere subito condanne penali

oppure

☐ aver riportato le seguenti condanne penali

[dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento. Devono essere indicate anche eventuali sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'art. 444 c.p.p (c.d. patteggiamento). Tali dichiarazioni devono riguardare anche eventuali precedenti penali non riportati nei certificati del casellario giudiziale ad uso dei privati]:

d) ☐ di non avere procedimenti penali in corso

oppure

// avere i seguenti procedimenti penali in corso

(dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento):

e) ☐ di non essere sottoposto a misure di sicurezza

oppure

☐ di essere sottoposto alle seguenti misure di sicurezza

(dichiarare, indicando il reato e l'autorità giudiziaria che ha adottato il provvedimento):

f) se cittadino di Stato straniero, dichiara di:

☐ avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

☐ non avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

g) di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____
conseguita in data _____ presso _____;

h) di essere in possesso del seguente titolo preferenziale richiesto dal bando, ovvero Iscrizione alla Scuola
di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera presso Università _____

anno _____

i) di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi militari _____;

l) ☐ di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni

(riprodurre il seguente schema tante volte quanto necessita per elencare i propri servizi):

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

☐ Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)

☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale

☐ Struttura Privata

con inquadramento come DIRIGENTE FARMACISTA _____

con incarico dirigenziale di _____
(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro ☐ a tempo pieno ☐ a impegno ridotto (ore sett.___)

☐ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro ☐ a tempo pieno ☐ a impegno ridotto (ore sett.___)

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): ☐ NO ☐ SI

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____.

oppure

di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni.

Pag. _____ di _____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

Dichiaro di essere informato che i dati personali contenuti nella domanda e nella documentazione allegata saranno trattati dall'Azienda per gli adempimenti connessi alla procedura di selezione in oggetto e successivamente per finalità istituzionali relative all'eventuale assegnazione e gestione della BdS di cui trattasi nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. e del GDPR 679/2016, e di autorizzare conseguentemente l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, ai sensi della normativa vigente.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio (Indirizzo da scrivere in stampatello con indicazione obbligatoria del recapito telefonico ed e-mail) al quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione inerente la presente procedura selettiva, autorizzando l'Azienda – in assenza di PEC - ad utilizzare come mezzo esclusivo di comunicazione l'indirizzo di posta elettronica indicato:

COMUNE _____ CAP _____

VIA _____ NR.CIVICO _____

P.E.C.: _____

E-MAIL: _____

TEL. FISSO _____ CELLULARE _____

Data _____

Firma _____

(allegare copia fronte/retro del documento di identità)

Pag. ____ di ____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- 1) Curriculum formativo e professionale, redatto in forma di autocertificazione, su carta semplice e riportante data e firma;
- 2) Elenco dettagliato della documentazione presentata, redatto in carta semplice;
- 3) Copia fronte/retro del proprio documento personale di identità.



CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

All'ASST di Mantova
Strada Lago Paiole, 10
46100 - MANTOVA

CURRICULUM PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE all'Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 Borsa di Studio per la realizzazione per la realizzazione del progetto aziendale denominato: "Monitoraggio dell'appropriatezza di impiego, sorveglianza e governo clinico dei Dispositivi Medici (DM)", emesso con Decreto del Direttore Generale n. del/2024)

IO SOTTOSCRITTO/A _____

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ:

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a a _____ (_____), il _____

di risiedere in _____ (_____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

di essere domiciliato in _____ (_____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

Stato Civile: _____

Codice Fiscale: _____

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

Pag. _____ di _____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiole 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

- o di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA IN _____
conseguita in data _____ con voto pari a _____
presso _____
con sede in _____

- o di essere in possesso del seguente titolo preferenziale richiesto dal bando, ovvero Iscrizione alla Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera presso Università

anno _____

- o ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO: _____
conseguito in data _____
presso _____
con sede in _____

ulteriori informazioni: _____

Pag. _____ di _____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

o TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

o TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo – anno - Vol. – pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO: _____

PUBBLICAZIONE ON LINE: _____

ATTI CONGRESSUALI: _____

Pag. _____ di _____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

ESPERIENZA LAVORATIVA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

con sede in _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

☐ Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)

☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale

☐ Struttura Privata

con contratto di tipo: ☐ dipendente;

☐ in regime convenzionale (fornirne dati identificativi): _____

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di DIRIGENTE FARMACISTA _____

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ impegno ridotto (ore sett.____)

☐ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ impegno ridotto (ore sett.____)

con incarico dirigenziale di _____

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

Motivo dell'eventuale cessazione:

Eventuali interruzioni o sospensioni (comprese quelle di natura disciplinare): NO ☐ SI ☐

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____

Pag. _____ di _____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

PRESENZE A CORSI

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita):

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

☐ con superamento esame finale;

☐ non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENIATO COME: ☐ UDITORE ☐ SEGRETERIA SCIENTIFICA
☐ RELATORE ☐ CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: IL GIORNO _____ per ore totali _____

☐ con superamento esame finale;

☐ non previsto esame finale

ovvero

NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

Pag. ____ di ____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

ATTIVITA' DIDATTICA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ **al** _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____
con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Dal _____ **al** _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____
con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Dal _____ **al** _____ (indicare gg/mm/aa)
presso _____
con sede in _____
natura giuridica dell'Istituto: _____
corso di studio: _____
materia di insegnamento: _____
impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____
tipologia contrattuale: _____

Pag. ____ di ____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

SOGGIORNI DI STUDIO/ATTIVITA' DI RICERCA:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a soggiorni di studio riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO E CONTENUTO DELL'ATTIVITA' SVOLTA: _____

ENTE OSPITANTE: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PERIODO DI SVOLGIMENTO: DAL _____ AL _____

IMPEGNO ORARIO (ORE/SETTIMANA): _____

ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALLA FUNZIONE DA RICOPRIRE, CHE IL CANDIDATO

RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE:

Il presente curriculum professionale consta di n. _____ pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

Dichiaro di essere informato che i dati personali contenuti nel curriculum e nella documentazione allegata saranno trattati dall'Azienda per gli adempimenti connessi alla procedura di selezione in oggetto e successivamente per finalità istituzionali relative all'eventuale assegnazione e gestione della BdS di cui trattasi nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. e del GDPR 679/2016, e di autorizzare conseguentemente l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, ai sensi della normativa vigente.

Il Dichiarante

_____, li _____

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)

Pag. ____ di ____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paolino 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
ALTERNATIVA ALL'AUTENTICAZIONE DI COPIE**

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi

(ai sensi artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183)

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (comune di nascita, se nato all'estero, specificare lo stato) (_____) il _____

residente a _____ (comune di residenza) (_____) (prov.)

in _____ (indirizzo) n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R.

DICHIARO

che le copie allegate alla domanda di partecipazione all'Avviso di pubblica selezione, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 Borsa di Studio per la realizzazione del progetto aziendale denominato: **"Monitoraggio dell'appropriatezza di impiego, sorveglianza e governo clinico dei Dispositivi Medici (DM)"** (Decreto del Direttore Generale n. del/2024), **sono conformi all'originale.**

Di seguito si elencano le copie dei documenti che vengono prodotte:

Dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda nell'ambito della procedura selettiva in oggetto e successivamente per finalità istituzionali relative all'eventuale assegnazione e gestione della BdS, nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. e del GDPR 679/2016 e di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, ai sensi della normativa vigente.

_____, lì _____
(luogo e data)

(firma del dichiarante *)

* Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28/12/2000 **la firma non necessita di autenticazione:**

- firmando alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione
- firmando e allegando al modulo una fotocopia semplice di un documento di identità in corso di validità, in questo caso il documento può essere consegnato all'ufficio competente a ricevere la documentazione anche da un terzo o inviato via posta.



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

Si richiamano di seguito:

Art. 19 del DPR 28.12.2000 n. 445

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'articolo 47 può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati.

Art. 38 del DPR 28.12.2000 n. 445

Modalità di invio e sottoscrizione delle istanze.

- 1. Tutte le istanze e le dichiarazioni da presentare alla pubblica amministrazione o ai gestori o esercenti di pubblici servizi possono essere inviate anche per fax e via telematica. (L)*
- 2. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se sottoscritte mediante la firma digitale o quando il sottoscrittore è identificato dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica. (R)*
- 3. Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica; nei procedimenti di aggiudicazione di contratti pubblici, detta facoltà è consentita nei limiti stabiliti dal regolamento di cui all'articolo 15, comma 2 della legge 15 marzo 1997, n. 59.*

Art. 47 del DPR 28.12.2000 n. 445

- 1. L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38.*
- 2. La dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.*
- 3. Fatte salve le eccezioni espressamente previste per legge, nei rapporti con la pubblica amministrazione e con i concessionari di pubblici servizi, tutti gli stati, le qualità personali e i fatti non espressamente indicati nell'articolo 46 sono comprovati dall'interessato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.*
- 4. Salvo il caso in cui la legge preveda espressamente che la denuncia all'Autorità di Polizia Giudiziaria è presupposto necessario per attivare il procedimento amministrativo di rilascio del duplicato di documenti di riconoscimento o comunque attestanti stati e qualità personali dell'interessato, lo smarrimento dei documenti medesimi è comprovato da chi ne richiede il duplicato mediante dichiarazione sostitutiva.*

Art. 49 del DPR 28.12.2000 n. 445

Limiti di utilizzo delle misure di semplificazione

- 1. I certificati medici, sanitari, veterinari, di origine, di conformità CE, di marchi o brevetti non possono essere sostituiti da altro documento, salvo diverse disposizioni della normativa di settore.*

Art. 75 del DPR 28.12.2000 n. 445

Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445

Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183 recante modifiche alla disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive contenuta nel "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Trattasi di disposizioni dirette a consentire una completa "decertificazione" nei rapporti fra P.A. e privati, con conseguente divieto per le amministrazioni e i gestori di *accettare* o richiedere certificazioni rilasciate da P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, come da Direttiva n. 14/2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi
(ai sensi artt. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183)

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (comune di nascita, se nato all'estero, specificare lo stato) (_____) il _____

residente a _____ (comune di residenza) (_____) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R.

DICHIARO CHE

Dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda nell'ambito della procedura selettiva in oggetto e successivamente per finalità istituzionali relative all'eventuale assegnazione e gestione della BdS, nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. e del GDPR 679/2016 e di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, ai sensi della normativa vigente

_____, lì _____
(luogo e data)

(firma del dichiarante *)

* Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28/12/2000 **la firma non necessita di autenticazione:**

- firmando alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione
- firmando e allegando al modulo una fotocopia semplice di un documento di identità in corso di validità, in questo caso il documento può essere consegnato all'ufficio competente a ricevere la documentazione anche da un terzo o inviato via posta.

Si richiamano di seguito:

Art. 19 del DPR 28.12.2000 n. 445

La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'articolo 47 può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati.

Art. 38 del DPR 28.12.2000 n. 445

Modalità di invio e sottoscrizione delle istanze.

- 1. Tutte le istanze e le dichiarazioni da presentare alla pubblica amministrazione o ai gestori o esercenti di pubblici servizi possono essere inviate anche per fax e via telematica. (L)*
- 2. Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se sottoscritte mediante la firma digitale o quando il sottoscrittore è identificato dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica. (R)*
- 3. Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica; nei procedimenti di aggiudicazione di contratti pubblici, detta facoltà è consentita nei limiti stabiliti dal regolamento di cui all'articolo 15, comma 2 della legge 15 marzo 1997, n. 59.*

Art. 47 del DPR 28.12.2000 n. 445

- 1. L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38.*
- 2. La dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.*
- 3. Fatte salve le eccezioni espressamente previste per legge, nei rapporti con la pubblica amministrazione e con i concessionari di pubblici servizi, tutti gli stati, le qualità personali e i fatti non espressamente indicati nell'articolo 46 sono comprovati dall'interessato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.*
- 4. Salvo il caso in cui la legge preveda espressamente che la denuncia all'Autorità di Polizia Giudiziaria è presupposto necessario per attivare il procedimento amministrativo di rilascio del duplicato di documenti di riconoscimento o comunque attestanti stati e qualità personali dell'interessato, lo smarrimento dei documenti medesimi è comprovato da chi ne richiede il duplicato mediante dichiarazione sostitutiva.*

Art. 49 del DPR 28.12.2000 n. 445

Limiti di utilizzo delle misure di semplificazione

- 1. I certificati medici, sanitari, veterinari, di origine, di conformità CE, di marchi o brevetti non possono essere sostituiti da altro documento, salvo diverse disposizioni della normativa di settore.*

Art. 75 del DPR 28.12.2000 n. 445

Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445

Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183 recante modifiche alla disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive contenuta nel "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Trattasi di disposizioni dirette a consentire una completa "decertificazione" nei rapporti fra P.A. e privati, con conseguente divieto per le amministrazioni e i gestori di accettare o richiedere certificazioni rilasciate da P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, come da Direttiva n. 14/2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri.



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Païolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(artt. 46 e 48 D.P.R. 445/2000 e art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183)
**Autocertificazione da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o
ai gestori di pubblici servizi**

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(comune di nascita, se nato all'estero, specificare lo stato)

residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R.

DICHIARO QUANTO SEGUE

(Vedere sul retro stati, fatti e qualità personali che possono essere autocertificati)

Dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda nell'ambito della procedura selettiva in oggetto e successivamente per finalità istituzionali relative all'eventuale assegnazione e gestione della BdS, nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. e del GDPR 679/2016 e di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, ai sensi della normativa vigente

_____, lì _____
(luogo e data)

(firma del dichiarante *)

* Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28/12/2000 **la firma non necessita di autenticazione:**

- firmando alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione
- firmando e allegando al modulo una fotocopia semplice di un documento di identità in corso di validità, in questo caso il documento può essere consegnato all'ufficio competente a ricevere la documentazione anche da un terzo o inviato via posta.

Si richiamano di seguito:

Art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445

Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

1. Sono comprovati con dichiarazioni, anche contestuali all'istanza, sottoscritte dall'interessato e prodotte in sostituzione delle normali certificazioni i seguenti stati, qualità personali e fatti:

- a) data e il luogo di nascita;
- b) residenza;
- c) cittadinanza;
- d) godimento dei diritti civili e politici;
- e) stato di celibe, coniugato, vedovo o stato libero;
- f) stato di famiglia;
- g) esistenza in vita;
- h) nascita del figlio, decesso del coniuge, dell'ascendente o discendente;
- i) iscrizione in albi, in elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni;
- l) appartenenza a ordini professionali;
- m) titolo di studio, esami sostenuti;
- n) qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica;
- o) situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali;
- p) assolvimento di specifici obblighi contributivi con l'indicazione dell'ammontare corrisposto;
- q) possesso e numero del codice fiscale, della partita IVA e di qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria;
- r) stato di disoccupazione;
- s) qualità di pensionato e categoria di pensione;
- t) qualità di studente;
- u) qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili;
- v) iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo;
- z) tutte le situazioni relative all'adempimento degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio;
- aa) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- bb) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- cc) qualità di vivente a carico;
- dd) tutti i dati a diretta conoscenza dell'interessato contenuti nei registri dello stato civile;
- ee) di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

Art. 48 del DPR 28.12.2000 n. 445

Disposizioni generali in materia di dichiarazioni sostitutive

1. Le dichiarazioni sostitutive hanno la stessa validità temporale degli atti che sostituiscono.
2. Le singole amministrazioni predispongono i moduli necessari per la redazione delle dichiarazioni sostitutive, che gli interessati hanno facoltà di utilizzare. Nei moduli per la presentazione delle dichiarazioni sostitutive le amministrazioni inseriscono il richiamo alle sanzioni penali previste dall'articolo 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate. Il modulo contiene anche l'informativa di cui all'articolo 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675.
3. In tutti i casi in cui sono ammesse le dichiarazioni sostitutive, le singole amministrazioni inseriscono la relativa formula nei moduli per le istanze.

Art. 49 del DPR 28.12.2000 n. 445

Limiti di utilizzo delle misure di semplificazione

1. I certificati medici, sanitari, veterinari, di origine, di conformità CE, di marchi o brevetti non possono essere sostituiti da altro documento, salvo diverse disposizioni della normativa di settore.

Art. 75 del DPR 28.12.2000 n. 445

Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Art. 75 del DPR 28.12.2000 n. 445

Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

