***“ALLEGATO 4”***

**Avviso pubblico per selezione, per titoli ed esame colloquio, per il conferimento di due incarichi di collaborazione professionale a tempo determinato della durata di mesi dodici a professionisti in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in Malattie Infettive, per attività clinica da svolgersi per il Servizio di Ospedalizzazione Domiciliare SOD e nelle divisioni che assistono pazienti con infezione da HIV/AIDS**

***DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’***

***(art. 47 D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445)***

***Per i servizi prestati***

Io sottoscritto/a………………………………………nato/a a………………………………………...................................

il…………………, residente a………………………………………………………………………...................................

via…………………………………………………………………………………............, n……………….......................

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARO di aver prestato servizio alle dipendenze**

**Pubblica Amministrazione - Privati -**

* Indirizzo completo……………………………………………………………………………................................
* Con la qualifica di……………………………………………………………………………................................
* Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio……../……../…….. al ……../………/……….

**Pubblica Amministrazione - Privati -**

* Indirizzo completo……………………………………………………………………………................................
* Con la qualifica di……………………………………………………………………………................................
* Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio……../……../…….. al ……../………/……….

**Pubblica Amministrazione - Privati -**

* Indirizzo completo……………………………………………………………………………................................
* Con la qualifica di……………………………………………………………………………................................
* Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ……../……../…….. al ……../………/……….

Contratto libero-professionale (specifica esperienza e formazione effettuata).....................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................;

Borsa di Studio(specifica esperienza e formazione effettuata) .............................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................;

Rapporto di Lavoro subordinato (specifica esperienza e formazione effettuata ) a tempo indeterminato o a tempo determinato..................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................;

Altro.............................................................................................……..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................;

Tempo pieno definito part-time

Indicare sempre n. ore settimanali ………..;

eventuale aspettativa senza assegni dal ……… al ……………; dal………….al…………….;

* Nel caso di servii prestati nell’ambito del S.S. Nazionale deve essere precisato se ricorrano o meno le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art. 46 del D.P.R. 761/79. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio di anzianità.
* Nel caso di: attività didattica, frequenza volontaria, stage, volontariato, tirocini, prestazioni occasionali ecc. utilizzare la casellaAltro, precisando la natura dell’incarico.

In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.

Data………………………………… ………………………………………………

 (firma per esteso in originale del dichiarante)

a dichiarazione sostitutiva, (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità in corso di validità, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).