

**MODULO DICHIARATIVO  
PARTICOLARI COMPETENZE**

  I sottoscritt \_\_\_\_\_, nat. il    /    /    a \_\_\_\_\_,  
residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Città \_\_\_\_\_,  
tel./cell. \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_,

**Dichiara**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

**Di essere stato/a valutato/a dalla apposita Commissione tecnica per la medesima particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso di Mobilità, Completamento e Accentramento Orario - art. 20 c. 1, 2 e 3 ACN 04.04.2024 del 26/09/2024, della ASL n. 1 Sassari:**

- particolari competenze in (precisare) \_\_\_\_\_
- Determina di conferimento incarico con particolari competenze n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso di Mobilità, Completamento e Accentramento Orario - art. 20 c. 1, 2 e 3 ACN 04.04.2024 del 26/09/2024, della ASL n. 1 Sassari:**

particolari competenze in (precisare) \_\_\_\_\_

- presso la sede di \_\_\_\_\_ ASL n. \_\_\_\_\_;
- presso la sede di \_\_\_\_\_ ASL n. \_\_\_\_\_;
- presso la sede di \_\_\_\_\_ ASL n. \_\_\_\_\_;

**Di allegare n. \_\_\_\_\_ certificazioni a firma del Responsabile del Poliambulatorio / Distretto / Direzione Sanitaria, attestanti lo svolgimento dei sopracitati compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nel sopracitato Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso.**

**Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 19 e 46 e 47 del DPR 445/2000:** Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_