



Al Direttore  
Sviluppo Organizzativo e Sistemi Informativi  
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI  
CAGLIARI  
Via Ospedale 54, 09124 Cagliari

Il/La sottoscritto/a

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione di seguito precisata:

Manifestazione di interesse esterna “*Costituzione Albo Aziendale esterno dei Docenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro Dlgs 81/08*”

Mi dichiaro disponibile a svolgere attività di docente nel corso di formazione “**La Formazione specifica e l’Addestramento ai sensi del Dlgs 81/08**” per l’area (barrare l’area di interesse):

- Rischio Chimico
- Rischio cancerogeni (Antiblastici/ chemioterapici)
- Sorveglianza sanitaria/Stress lavoro-correlato/Benessere Organizzativo
- Rischio Biologico/DPI
- Rischio Fisico (Radiazioni)
- Movimentazione carichi

A tal fine il/la sottoscritto/a, a conoscenza di quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 28.12.2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

#### Nome struttura

San Giovanni di Dio, via Ospedale 54, 09124 Cagliari  
Tel. 070/5109-2235  
Email : [serv.formazione@aoucagliari.it](mailto:serv.formazione@aoucagliari.it)

#### Sede legale

Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari  
Via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari  
P.I. e C.F. 03108560925



**AouCaSiCuraDiTe**  
[www.aoucagliari.it](http://www.aoucagliari.it)



## DICHIARA

a)	di godere dei diritti civili e politici, di non aver riportato condanne penali, di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico ( <i>riportare eventuali situazioni differenti</i> ) _____
b)	di essere/non essere ( <i>cancellare la voce che non interessa</i> ) dipendente presso la seguente Amministrazione Pubblica _____
c)	di non trovarsi in una situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.lgs. 165/2001;

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che:

- la violazione degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici può comportare, fatte salve specifiche ulteriori previsioni di legge, la risoluzione o decadenza del rapporto;
- ai sensi del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, i dati forniti con le presenti dichiarazioni sostitutive saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura;

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda la documentazione richiesta dal Bando:

- Curriculum vitae in formato europeo;
- Copia fotostatica del documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Trattamento e consenso al trattamento dei dati personali

La informiamo che i dati personali, che ella fornisce attraverso la compilazione del presente modulo, verranno trattati manualmente e/o con mezzi automatizzati dall' Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, via Ospedale 54 (titolare del trattamento). In relazione al trattamento ella potrà direttamente, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 d.lgs. 196/2003 rivolgendosi direttamente al titolare del trattamento.

Firmato \_\_\_\_\_