

Autocertificazione

Gentile Signore/a,

L'autocertificazione, cioè la dichiarazione che sostituisce la produzione di certificati nei rapporti con la pubblica amministrazione, ma anche con i gestori di servizi pubblici e con i privati che vi consentono, è regolata dal **Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa** e rappresenta la possibilità per il cittadino che le stesse notizie/informazioni già presenti in un registro pubblico vengano acquisite d'ufficio dalla pubblica amministrazione procedente.

Il sopra citato decreto, in particolare al Capo III, Sezione V, Norme in materia di dichiarazioni sostitutive - articoli da 46 a 49 - definisce e determina l'utilizzo dello strumento dell'autocertificazione.

Il 1 gennaio 2012 sono entrate in vigore le modifiche normative, introdotte dall'**art. 15 della Legge 12 novembre 2011, n. 183 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge di stabilità 2012** al già citato D.P.R., allo scopo di favorire il raggiungimento della completa **decertificazione** nei rapporti tra Pubblica Amministrazione e soggetti privati.

La norma rafforza il concetto che, nei rapporti con la pubblica amministrazione o con i privati gestori di pubblici servizi, la produzione di certificati venga sempre sostituita dalla presentazione di dichiarazioni sostitutive di certificazione e di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà.

Le pubbliche amministrazioni ed i gestori di pubblici servizi, nei rapporti fra loro e con l'utenza, sono pertanto tenuti ad osservare le seguenti disposizioni introdotte con l'articolo 15, comma 1, della Legge 12 novembre 2011, n. 183 ed entrate in vigore il 1° gennaio 2012, con la modifica del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445:

- *le PA ed i gestori di pubblici servizi non possono più richiedere ed accettare i certificati rilasciati da altre PA, ciò comporterebbe la violazione dei doveri d'ufficio ai sensi della nuova formulazione dell'articolo 74, comma 2, del già citato D.P.R. 445/2000;*
- *nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà.*

L'autocertificazione può essere resa:

- *dai cittadini italiani e dell'Unione europea, persone giuridiche, società di persone, pubbliche amministrazioni, enti, associazioni e comitati aventi sede legale in Italia o in uno dei paesi dell'Unione europea;*
- *dai cittadini di paesi terzi regolarmente soggiornanti in Italia limitatamente ai dati e ai fatti che possono essere attestati dall'amministrazione pubblica, o se previsto da speciali disposizioni di legge e/o da reciproche convenzioni internazionali.*

Il cittadino è responsabile di quello che dichiara con l'autocertificazione.

Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 sono considerate come rilasciate a pubblico ufficiale.

Le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ex art. 46 D.P.R. 445/00

(ATTENZIONE: tutti i campi sono da compilare obbligatoriamente)

Il/La sottoscritto/a _____

al fine di essere assunto/a con contratto a TEMPO INDETERMINATO DETERMINATO

Cancellare la voce che non interessa

in qualità di: _____
(es. Dirigente Medico – ANESTESIA E RIANIMAZIONE)

A CONOSCENZA

- di quanto prescritto dall'art.76 D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopra citato;
- della prevista decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- a) di essere NATO/A a _____ prov. ____ il _____
- b) di ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI _____ (____) _____
via/piazza _____ n. _____ cap _____ telefono _____
- c) STATO CIVILE _____
- d) di essere in possesso del seguente CODICE FISCALE _____
- e) di essere CITTADINO ITALIANO, ovvero APPARTENENTE ALL'U.E. (salvo eccezioni ex D.P.C.M. 174/94) SI NO
- f) di godere dei DIRITTI POLITICI SI NO
- g) che la FAMIGLIA CONVIVENTE si compone come risulta dal prospetto che segue: (1)

n.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

- h) di NON AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI e di non essere destinatario di provvedimenti di applicazione di misure di sicurezza, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente (2)
- i) di NON ESSERE A CONOSCENZA DI ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI PENALI (3)
- j) di AVERE ASSOLTO GLI OBBLIGHI DI LEVA (qualora previsti):
- k) di ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO (4) _____
conseguito in data _____ presso _____ sito in _____ (____)
- l) di ESSERE IN POSSESSO DELLA SEGUENTE SPECIALIZZAZIONE (5) _____
conseguita in data _____ presso _____ sito in _____ (____)
- m) di ESSERE ISCRITTO/A AL SEGUENTE ORDINE (6) _____
provincia _____ dal _____ n. di posizione _____
- n) di indicare il seguente DOMICILIO (7) via/piazza _____ n. _____
cap _____ comune di _____ (____) tel. _____
- o) di indicare il seguente INDIRIZZO PEC (8) per la trasmissione di comunicazioni istituzionali inerenti il rapporto di lavoro:
- _____ @ _____ . _____
- p) di indicare il seguente INDIRIZZO Mail (8) per la trasmissione di comunicazioni istituzionali inerenti il rapporto di lavoro:
- _____ @ _____ . _____

Roma _____ IL DICHIARANTE _____

- (1) Non ripetere i dati del dichiarante - indicare solo i dati degli altri componenti il nucleo familiare (stato di famiglia).
 (2) Barrare qualora il dichiarante non abbia riportato condanne penali.
 (3) Barrare qualora il dichiarante non sia titolare di procedimenti penali a proprio carico.
 (4) Inserire Titolo di Studio e relativi dati (es. sc. media sup., diploma di laurea., laurea, laurea specialistica/magistrale).
 (5) Inserire, qualora previsto, Titolo di Specializzazione e relativi dati.
 (6) Inserire, qualora previsto, Ordine di appartenenza e relativi dati di iscrizione.
 (7) Inserire solo se diverso dalla residenza.
 (8) Inserire in maniera leggibile. Qualora non in possesso di casella PEC, inserire indirizzo posta elettronica ordinaria (e-mail).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
ex artt. 47 e 48 D.P.R. 445/00

(ATTENZIONE: tutti i campi sono da compilare obbligatoriamente)

Il/La sottoscritto/a _____

al fine di essere assunto/a con contratto a TEMPO **INDETERMINATO** **DETERMINATO**
Cancellare la voce che non interessa

in qualità di: _____
(es. Dirigente Medico – ANESTESIA E RIANIMAZIONE)

A CONOSCENZA

- di quanto prescritto dall'art.76 D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopra citato;
- della prevista decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- p) di NON ESSERE STATO DICHIARATO DECADUTO, DESTITUITO O DISPENSATO DALL'IMPIEGO PRESSO UNA P.A., ovvero LICENZIATO a decorrere dal 2.9.95;
- q) di NON AVERE ALTRI RAPPORTI DI IMPIEGO PUBBLICO O PRIVATO e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 53 d.lgs. 165/01;
- r) di AVERE IN CORSO UN RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO/SUMAI CON IL POLICLINICO TOR VERGATA (9) e di optare per il rapporto di lavoro a tempo indeterminato con il Policlinico Tor Vergata dal: _____;
- s) di ESSERE STATO COLLOCATO IN ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI: (10)
 per tutta la durata del PERIODO DI PROVA (in caso di assunzione a tempo indeterminato)
 per tutta la durata dell'INCARICO A TEMPO DETERMINATO (da espletare in questa amministrazione)
 presso l'Azienda/Ente: _____ nella/nel quale presta servizio in
 posizione di ruolo in qualità di _____;
- t) che i DOCUMENTI ALLEGATI IN FOTOCOPIA (11) alla presente dichiarazione, consegnati preliminarmente alla stipula del contratto, sono conformi agli originali in proprio possesso (riportare medesimo numero sul documento e specificarne il contenuto):
- n. _____ contenuto _____
 - n. _____ contenuto _____
- u) di allegare i seguenti DOCUMENTI IN ORIGINALE (riportare il medesimo numero sul documento e specificarne il contenuto):
- n. _____ contenuto _____
 - n. _____ contenuto _____

Roma _____ **IL DICHIARANTE** _____

- (9) Barrare qualora il dichiarante sia titolare di altro rapporto di impiego presso questa Amministrazione che intende risolvere dalla data di assunzione in servizio, in quanto incompatibile con quello che si sta instaurando.
- (10) Barrare e compilare solo nell'ipotesi che il dichiarante presti servizio di ruolo in altra azienda.
- (11) Il documento di identità deve essere in corso di validità; per documento di identità si intende la carta d'identità ai sensi dell'art.288 R.D. 635/40 e art. 40 D.P.R. 445/00; il documento può essere sostituito da uno dei seguenti, riconosciuti equipollenti ai sensi dell'art. 35 comma 2 del citato D.P.R.: passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, porto d'armi, tessere di riconoscimento munite di fotografia, timbro o altra segnatura equivalente e rilasciate da una amministrazione dello Stato.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO COMPETENTE

Si dichiara vera e autentica la firma apposta in mia presenza dal/dalla Sig./Sig.ra _____
 identificato/a con documento di identità allegato in copia alla presente.

Roma, _____

Per la UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane
 il Funzionario competente a ricevere la documentazione

nominativo _____ sigla _____

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO

(Informativa riservata al solo personale della Dirigenza Medica e della Dirigenza Sanitaria)

Gentile Dr./Dr.ssa

In base alle vigenti normative in ordine alla possibilità di esercizio dell'attività libero professionale da parte dei medici incardinati in strutture sanitarie pubbliche La informiamo che l'art. 2 Septies della Legge 26 maggio 2004, n° 138 di conversione con modificazioni del Decreto-Legge 29 marzo 2004, n° 81 (pubblicata nella G.U. n° 125 del 29 maggio 2004) - che ha sostituito il 4° comma dell'art. 15 Quater del D.Lgs. n° 502/1992 - garantisce la massima libertà di opzione per i dirigenti medici/sanitari tra il rapporto di lavoro esclusivo, con esercizio di attività libero professionale intramoenia, ovvero "non-esclusivo", con esercizio di attività libero professionale extramoenia.

RAPPORTO DI LAVORO "ESCLUSIVO"

- L'opzione per l'esclusività del rapporto determina una condizione in base alla quale è consentito, fuori dell'impegno di servizio, l'esercizio della libera professione esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie dell'Azienda di appartenenza (attività intramoenia o intramuraria).
- Il rapporto di lavoro esclusivo prevede la corresponsione della indennità di esclusività (CCNL 8/06/2000).
- Nel rapporto di lavoro esclusivo è precluso l'esercizio dell'attività libero professionale extramuraria; la violazione del rapporto di lavoro esclusivo prevede il recesso per giusta causa nei confronti del dirigente.

RAPPORTO DI LAVORO "NON ESCLUSIVO"

- Nel rapporto di lavoro "non esclusivo" è inibito l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria.
- La non esclusività del rapporto di lavoro non preclude il mantenimento o il conferimento di incarichi di dirigenza apicale, quali l'incarico di direzione di struttura complessa o semplice.

Si precisa, infine, che l'attuale legislazione prevede che l'opzione tra il rapporto di lavoro esclusivo e "non-esclusivo" sia reversibile a domanda, da presentarsi entro il 30 novembre di ciascun anno e con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo.

In ottemperanza a quanto prescritto dal 4° comma dell'art. 15 Quater del D.Lgs. n° 502/1992 e s.m.i. circa l'opzione tra il rapporto di lavoro "esclusivo" ovvero "non-esclusivo", si precisa che è necessario esprimere detta preferenza all'atto della stipula del contratto individuale di lavoro.

SI INVITA, A TAL FINE, A VOLER COMPILARE IL RELATIVO MODULO ALLEGATO ALLA PRESENTE.

La Direzione Generale

**OPZIONE
ESCLUSIVITA'/NON ESCLUSIVITA'**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il _____

CON LA PRESENTE

informato/a circa le attuali disposizioni legislative in materia di lavoro subordinato alle dipendenze delle aziende pubbliche, le quali prevedono la possibilità per i dirigenti medici/sanitari a tempo indeterminato o determinato di optare per il rapporto di lavoro "esclusivo" con esercizio di attività libero professionale intramoenia, ovvero "non-esclusivo" con esercizio di attività libero professionale extramoenia, preso atto della obbligatorietà della presente dichiarazione

DICHIARA

DI OPTARE PER IL SEGUENTE RAPPORTO DI LAVORO

ESCLUSIVO

NON ESCLUSIVO

Roma _____

Firma

(firma leggibile)