

All'ASP Circondario Imolese
Via Matteotti, 77
40024 Castel San Pietro Terme

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO DI MOBILITA'

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ C.A.P. _____ in via _____ n. _____
tel. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità per la copertura di n. 3 posti di "OPERATORE SOCIO SANITARIO" a tempo indeterminato – (Categoria B1 del C.C.N.L. del personale del Comparto Regioni ed Autonomie Locali).

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di possedere i requisiti prescritti dall'avviso di selezione ed in particolare (*barrare le caselle corrispondenti*):

- di essere attualmente titolare di un rapporto di lavoro subordinato di pubblico impiego a tempo indeterminato:
 - con il seguente Ente pubblico _____
 - con inquadramento in Categoria giuridica _____ - Posizione economica _____ _Profilo professionale _____
 - del Comparto (*precisare il comparto di contrattazione collettiva applicato dall'Ente di appartenenza*) _____
 - tipologia rapporto di lavoro: Tempo pieno Tempo parziale con % _____
 - data di inizio rapporto di lavoro con l'inquadramento richiesto in questo bando _____
 - periodi i di eventuali interruzioni (*aspettative senza assegni ecc.*): dal _____ al _____
dal _____ al _____
- di essere in possesso dell'attestato di _____ conseguito presso _____ nell'anno _____ con votazione _____;
- di avere superato il periodo di prova previsto contrattualmente con l'Ente di appartenenza;;
- di possedere piena ed incondizionata idoneità allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo, senza alcuna limitazione e di non avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere una inidoneità, seppur parziale;
- di non aver riportato condanne penali
ovvero
- di avere riportato le seguenti condanne penali (*indicare quali*):

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
ovvero
- di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali (*indicare quali*):

- di non aver riportato, nei due anni precedenti la data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari conclusesi con sanzioni definitive e di non avere procedimenti disciplinari in corso;
ovvero
- _____;
- di essere in possesso della patente di guida categoria B;
- motivazione della richiesta:

_____;
- di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. 196/2003 inserita all'interno del bando di selezione;
- che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;
- di avere preso visione e di accettare tutte le condizioni previste nel presente avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara, altresì, di autorizzare l'ASP Circondario Imolese al trattamento dei propri dati personali, ai sensi D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 per le finalità di gestione dell'Avviso Pubblico in argomento e per quelle inerenti alla gestione dell'eventuale rapporto di lavoro.

Allega alla presente domanda:

- dettagliato curriculum formativo-professionale, datato e sottoscritto (*titolo di studio, attività svolta nella Pubblica Amministrazione con indicazione del profilo professionale, degli uffici presso cui ha prestato servizio e relative mansioni, nonché delle eventuali interruzioni del servizio intervenute (aspettativa senza assegni, ecc.) corsi di perfezionamento ed aggiornamento e tutto quanto concorra all'arricchimento professionale in rapporto al profilo da ricoprire*);
- copia documento di identità in corso di validità;
- nulla osta al trasferimento da parte dell'Amministrazione di appartenenza;
- elenco titoli presentati;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei servizi prestati;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei corsi di formazione e aggiornamento effettuati.

Chiede infine, che le comunicazioni relative alla presente selezione vengano dirette al seguente indirizzo:

Cognome e Nome _____
 via _____ n. _____
 cap. _____ Città _____ Prov. _____
 n. tel. _____ e-mail _____

e dichiara di impegnarsi a comunicare per iscritto ogni variazione che dovesse successivamente intervenire.

Data _____

Firma _____

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ e residente in _____
Via _____

a conoscenza delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

DICHIARA
sotto la propria responsabilità

di aver partecipato ai seguenti Corsi di Formazione e di Aggiornamento professionale qualificanti ed
attinenti al posto da ricoprire:

Titolo del corso _____
dal _____ al _____
presso _____
n. ore _____
ovvero n. giorni _____
ovvero n. crediti ECM _____
con superamento di esame finale _____
punteggio /valutazione esame finale _____ su _____

(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)

Data _____

Il Dichiarante
Firma _____

FAC-SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____
 nato a _____ il _____ e residente in _____
 Via _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA
sotto la propria responsabilità

Di aver prestato attività professionale con rapporto di lavoro subordinato presso:

- (*Datore di lavoro e ed indirizzo*) _____
 dal _____ al _____ (*indicare causa di cessazione*) _____
 nel profilo professionale/mansione (*categoria giuridica-profilo professionale-disciplina*):

con rapporto di lavoro a tempo: determinato indeterminato
 tipologia: tempo pieno tempo parziale ____ % per ore ____ settimanali

Di aver svolto attività professionali con rapporto di lavoro diverso da quello subordinato presso:

(*Datore di lavoro e ed indirizzo*) _____
 dal _____ al _____ (*indicare causa di cessazione*) _____
 nel profilo professionale/mansione (*categoria giuridica-profilo professionale-disciplina*):

tipo rapporto di lavoro (*libero professionale, autonomo, collaborazione, borsa di studio, ecc.*):

per n. ore settimanali _____

(*spazio libero per eventuali altre dichiarazioni*)

Data _____

Il Dichiarante

Firma _____