

_____ (COGNOME E NOME)

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'AVVISO DI MOBILITA' INTERAZIENDALE, REGIONALE ED INTERREGIONALE, FRA LE AZIENDE ED ENTI DEL SSN, PER TITOLI E COLLOQUIO PER:

- n.1 posto di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica
- n. 1 posto di dirigente fisico – fisica sanitaria
- n. 2 posti di dirigente medico di pediatria
- n. 2 posti di dirigente medico di chirurgia generale
(spuntare la voce di interesse)

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art.76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti inserendo in stampatello i dati richiesti)

di essere nat_ a _____ il ___/___/___ codice fiscale _____

di risiedere a _____ Cap. _____ Prov. _____

Via _____ n° _____ telefono _____

Posta Elettronica Certificata (PEC) _____

e-mail ordinaria _____

che ogni necessaria comunicazione venga inviata al seguente indirizzo
(in caso di mancata indicazione vale l'indirizzo di residenza sopraindicato):

- Posta Elettronica Certificata (PEC) _____
oppure
- Via _____ n° _____ Città _____ Cap. _____

di essere a conoscenza circa l'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo alla ASL , la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irricevibilità delle comunicazioni presso l'indirizzo sopra riportato;

- di essere in possesso della cittadinanza italiana;
ovvero
- di essere _____
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;

ovvero

- di non essere iscritto _____

- di non avere riportato condanne penali;

ovvero

- di avere _____;

- di non avere procedimenti penali pendenti;

ovvero

- di avere _____;
(da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

Di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

1. di essere iscritto all'albo professionale/ordine _____
dal _____ al n. _____;

2. di essere attualmente in servizio presso la seguente amministrazione

dal _____ al _____ presso (azienda) _____
struttura _____

tipologia di contratto _____ orario/sett. _____

- Di aver prestato servizio presso le seguenti pubbliche amministrazioni:

dal _____ al _____ presso (azienda) _____

struttura _____

tipologia di contratto _____ orario/sett. _____

dal _____ al _____ presso (azienda) _____

struttura _____

tipologia di contratto _____ orario/sett. _____

dal _____ al _____ presso (azienda) _____

struttura _____

tipologia di contratto _____ orario/sett. _____

dal _____ al _____ presso (azienda) _____

struttura _____

tipologia di contratto _____ orario/sett. _____

dal _____ al _____ presso (azienda) _____

struttura _____

tipologia di contratto _____ orario/sett. _____

dal _____ al _____ presso (azienda) _____

struttura _____

tipologia di contratto _____ orario/sett. _____

- di essere disponibile ad operare presso la struttura di riferimento del posto da ricoprire nelle forme e secondo le modalità previste dalla legge;
- di essere a conoscenza che l'assunzione è subordinata al possesso della idoneità fisica alla mansione specifica del profilo oggetto della richiesta di mobilità. Il relativo accertamento sarà effettuato, a cura della ASL, prima dell'assunzione.

Acconsento al trattamento dei dati personali forniti nei termini di cui al Regolamento (UE) 2016/679 “Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati”, nel D.L.vo n.196 del 30/6/2003 “Codice per la tutela dei dati personali” e s.m.i. per le finalità inerenti la gestione dell'avviso di mobilità e l'eventuale successiva instaurazione del rapporto di lavoro.

Allega:

fotocopia fronte-retro documento di identità in corso di validità

data _____

firma in calce