

ALL. B) SCHEMA DI DOMANDA

**Al Direttore Generale
ASL 6 Medio Campidano
Via Ungaretti, 9
09025 Sanluri**
protocollo@pec.aslmediocampidano.it

___ I ___ sottoscritt _____, nat ___ a _____ (Prov. ___) il _____,
CF _____ residente in _____, (CAP _____), Via _____
_____, n. _____ PEC: _____, n. tel: _____

CHIEDE

Di essere ammess___ a partecipare all'Avviso di Mobilità per soli titoli ed eventuale colloquio, a carattere interaziendale, regionale ed interregionale tra Aziende ed Enti del Comparto Sanità, per la copertura di n° **1 posto nel profilo di Collaboratore Amministrativo Professionale – Area dei professionisti della salute e dei funzionari – Ruolo amministrativo, da destinare alla SSD GRU, afferente al Dipartimento Amministrativo e Tecnico.**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 24/12/2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

- di essere dipendente a tempo indeterminato presso la seguente Pubblica Amministrazione (indicare nome completo) _____ con sede in _____ Via _____, nel profilo di **Collaboratore Amministrativo Professionale** e di prestare servizio presso _____ (indicare tipologia della struttura, denominazione e struttura di appartenenza) dalla data del _____;
- di essere in possesso della piena idoneità fisica all'impiego;
- di non aver riportato condanne penali per delitti di qualunque natura e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di aver riportato le seguenti condanne penali _____ (indicare il titolo del reato, gli estremi della sentenza, ancorché non passata in giudicato ed eventuali benefici concessi);
- di essere a conoscenza dei seguenti carichi penali _____ (specificare la fase del procedimento):



- di non avere in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero specificare ipotesi contraria;
- di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso o già conclusi presso pubbliche amministrazioni (specificare): _____;
- di usufruire/non usufruire dei benefici previsti dalla L. 104/92, dal D. Lgs n. 151/01, L. n° 53/2000 ed aspettative a vario titolo;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D.Lgs 101/2018;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Allegati alla domanda:

- Copia (fronte e retro) di un valido documento di identità;
- Curriculum formativo professionale, datato e firmato reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione di cui all'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000, relativa ai titoli ritenuti utili agli effetti della valutazione di confidenza;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000, relativa al servizio prestato e/o stati, qualità personali o fatti ritenuti utili agli effetti della valutazione di confidenza;
- Dichiarazione sostitutiva di conformità all'originale, resa ex artt. 19 e 47 DPR n. 445/00, volta a certificare la conformità all'originale della copia di documenti, titoli o pubblicazioni;
- Elenco, datato e firmato, dei titoli e dei documenti presentati.
- Altro _____.

AUTORIZZA

Il trattamento dei propri dati personali/sensibili, nonché la loro eventuale comunicazione a terzi, al fine di provvedere agli adempimenti derivanti da obblighi di legge per le finalità derivanti dalla presente istanza, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii..

Data _____

FIRMA _____

ASL MEDIO CAMPIDANO

Sede Legale

Via Ungaretti , n. 9

CAP: 09025 Sanluri

P.IVA /C.F.: 03990320925

sito internet : <https://www.aslmediocampidano.it/>

pec: protocollo@pec.aslmediocampidano.it

e-mail: direzione.generale@aslmediocampidano.it