

(Schema di domanda da redigere in carta semplice)

Allegato A

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)
Via Torraca, 2
85100 – Potenza

__l__ sottoscritt__ _____, recapito telefonico_____, PEC/e-mail _____;

chiede

di essere ammess__ a partecipare all'avviso di mobilità volontaria compartimentale e intercompartimentale, ex art. 30 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e *ss.mm.ii.*, per la copertura a tempo indeterminato di:

☐ **n. 3 (tre) posti di Assistente Amministrativo (cat. C);**

☐ **n. 3 (tre) posti di Collaboratore Amministrativo Professionale (cat. D).**

(barrare la casella relativa al profilo professionale per cui si intende partecipare)

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e *ss.mm.ii.*:

- a) di essere nat__ a _____ il _____;
- b) di essere residente a _____ (provincia di _____)
alla Via _____, n. _____, cap _____;
- c) di essere in possesso della cittadinanza _____ *(in caso di cittadinanza non italiana autocertificare il possesso dei requisiti di cui alla normativa vigente in materia);*
- d) di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____¹;
- e) in relazione ad eventuali procedimenti/condanne penali *(barrare la casella che interessa)*:
- ☐ di non aver riportato condanne penali
- ☐ di non avere procedimenti penali in corso
- ☐ di aver riportato le seguenti condanne penali e/o avere i seguenti procedimenti penali in corso:
_____;
- f) di essere in possesso del seguente Titolo di studio: _____
_____ conseguito il _____
presso _____;
- g) di essere dipendente a tempo indeterminato presso _____ in
qualità di (profilo professionale e categoria) _____
dal _____;

¹ in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi

- h) di non essere stato destituito/dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- i) di avere/non avere superato il periodo di prova;
- j) di avere la piena idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione
ovvero
di avere le limitazioni di cui al giudizio medico, in corso di validità, rilasciato dal Medico Competente dell'Amministrazione di provenienza
- k) di non avere avuto procedimenti disciplinari nell'ultimo triennio che abbiano dato luogo ad una sanzione disciplinare superiore alla censura, né di averne in corso;
- l) che, in caso di trasferimento, non richiederà altra mobilità, per almeno tre anni, dalla data di effettivo trasferimento;
- m) di aver preso visione del bando di mobilità e di accettare tutte le condizioni ivi contenute;
- n) di essere a conoscenza che ogni comunicazione di carattere generale relativa al presente avviso di mobilità sarà pubblicata, e avrà valore legale di notifica a qualsiasi fine per tutti i partecipanti, esclusivamente sul sito internet aziendale www.aspbasilicata.it;
- o) di aver preso visione e sottoscritto il MOD 1 (informativa sul trattamento dei dati);
- p) di autorizzare la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet dell'ASP Potenza per tutte le comunicazioni inerenti l'avviso di mobilità;
- q) che le copie fotostatiche dei titoli prodotti sono corrispondenti agli originali in suo possesso;
- r) che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso di mobilità è il seguente: _____.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare le eventuali successive variazioni di indirizzo/recapito telefonico riconoscendo che l'Azienda sarà esonerata da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Ai fini della valutazione dei titoli di carriera sottoscritt , sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e *ss.mm.ii.*:

A. di prestare/aver prestato i seguenti servizi, con rapporto di lavoro subordinato, presso STRUTTURE PUBBLICHE²:

- Ente _____,
profilo _____, rapporto di lavoro subordinato, a tempo (*determinato ovvero indeterminato*) _____ e (*pieno ovvero parziale*) _____ per n. _____ ore settimanali dal ____/____/____ al ____/____/____;
- Ente _____,

² Specificare se a tempo determinato o indeterminato, se a tempo pieno o parziale e se il rapporto di lavoro è subordinato ovvero autonomo.

profilo _____, rapporto di lavoro subordinato, a tempo (*determinato ovvero indeterminato*) _____ e (*pieno ovvero parziale*) _____ per n. _____ ore settimanali dal ____/____/____ al ____/____/____;

- Ente _____, profilo _____, rapporto di lavoro subordinato, a tempo (*determinato ovvero indeterminato*) _____ e (*pieno ovvero parziale*) _____ per n. _____ ore settimanali dal ____/____/____ al ____/____/____;

- Ente _____, profilo _____, rapporto di lavoro subordinato, a tempo (*determinato ovvero indeterminato*) _____ e (*pieno ovvero parziale*) _____ per n. _____ ore settimanali dal ____/____/____ al ____/____/____;

- Ente _____, profilo _____, rapporto di lavoro subordinato, a tempo (*determinato ovvero indeterminato*) _____ e (*pieno ovvero parziale*) _____ per n. _____ ore settimanali dal ____/____/____ al ____/____/____;

(pregressi rapporti di lavoro diversi rispetto a rapporti di lavoro subordinato presso Enti Pubblici dovranno, ai fini della loro valutazione, essere indicati nel curriculum).

Alla domanda si allega la seguente documentazione:

1. modulo di consenso al trattamento dei dati personali (Mod. 1);
2. dettagliato curriculum formativo e professionale datato e firmato, reso in forma di autocertificazione (*"ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 nel caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti in virtù di un provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere"*);
3. copia fotostatica fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
4. giudizio di idoneità rilasciato dal Medico Competente dell'Amministrazione di provenienza;
5. ogni ulteriore documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione;
6. un elenco dei titoli e dei documenti presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente titolo.

Data _____

Firma (non autenticata) _____