

OGGETTO: DOMANDA DI MOBILITÀ ESTERNA.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in via _____ n. _____ tel. _____,
cell. _____,
e-mail _____ C.F. _____
recapito per le comunicazioni (n.b. solo se diverso dalla residenza):
via _____ città _____ cap _____ (Prov) _____

CHIEDE

di essere trasferito/a ai sensi dell'art. 30, comma 1, del D.Lgs.vo 30 marzo 2001, n. 165 presso la Vs. Azienda e di voler partecipare al colloquio per l'assunzione tramite mobilità esterna di n. 1 posti a tempo pieno di Categoria C con profilo di RESPONSABILE ATTIVITA' ASSISTENZIALI;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 C.P.), sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA:

▪ di essere in servizio a tempo indeterminato avendo superato il periodo di prova presso (indicare l'Ente di appartenenza) _____ dal _____, sede di lavoro _____ tel. _____, Cat. _____, Pos. Econ. _____, indicare, solo per i dipendenti di altro Comparto, la corrispondenza fra la Categoria di appartenenza e la Categoria del C.C.N.L. Comparto Regioni-Autonomie Locali _____, con profilo professionale di _____, con rapporto di lavoro a:

tempo pieno part-time ____/36: orizzontale - verticale

▪ di essere disponibile a trasformare il proprio rapporto di lavoro da tempo pieno a part time (N.B. solo per i dipendenti attualmente in part-time)

▪ di essere in possesso del seguente titolo di Studio _____.

▪ di essere in possesso dell'attestato OSS;

▪ di essere in possesso del certificato di specializzazione di RAA (tipologia formativa 4.03 Livello europeo 3);

▪ di essere in possesso di idoneità fisica assoluta ed incondizionata allo svolgimento del profilo di RESPONSABILE ATTIVITA' ASSISTENZIALI e di essere a conoscenza che tale requisito sarà accertato dall'ASP OPUS CIVIUM tramite il Medico Competente ai sensi del D. Lgs. 81/08 prima di dare corso definitivamente alla mobilità

▪ di essere in possesso di patente di guida Cat. _____

(barrare la casella che interessa) :

di non aver riportato condanne penali e di non avere in corso procedimenti penali iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa che escludono la costituzione / prosecuzione del rapporto di pubblico impiego;

oppure

di aver riportato le seguenti condanne penali:

di avere i seguenti procedimenti penali in corso:

di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari nell'ultimo biennio

oppure

di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso:

▪ di essere in possesso della Dichiarazione preventiva, dell'Ente di provenienza, di disponibilità al successivo rilascio del NULLA OSTA all'attivazione della mobilità

▪ di accettare le norme e le condizioni stabilite dall'avviso di mobilità indetto dall'ASP Opus Civium per la copertura di n. 1 posti di Responsabile Attività Assistenziali e dalle disposizioni normative vigenti in materia.

▪ di acconsentire al trattamento dei dati personali contenuti nella domanda per le finalità ed adempimenti connessi allo svolgimento della procedura di mobilità ed alla eventuale successiva gestione del rapporto di lavoro.

Allega: 1) fotocopia documento identità in corso di validità

2) curriculum formativo-professionale

3) Dichiarazione preventiva, dell'Ente di provenienza, di disponibilità al successivo rilascio del NULLA OSTA all'attivazione della mobilità

Data, _____

Firma
