

**Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
Strada delle Scotte, n.14
53100 Siena**

Il sottoscritto/a _____
chiede di essere ammesso a partecipare all'Avviso di mobilità regionale/interregionale, per la copertura a tempo indeterminato di **n. 3 posti di CPS Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico – Cat. D** presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, come da Avviso pubblicato sul BURT n. _____ del _____.

A tal fine, ai sensi dell'artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 DPR 445/2000), dichiara:

- Essere nato a _____ il _____;
- Di essere residente in Via _____ n. _____ località _____ Prov. _____ cap _____;
- Di essere in possesso della cittadinanza _____;
- Di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso Azienda o Ente _____ dal _____;
- Di essere inquadrato nel profilo di _____ - categoria: _____;
- Di essere disposto a prestare la propria attività presso la sede di lavoro prevista dal presente Avviso e di accettare le condizioni in esso contenute;
- Che le dichiarazioni rese sono documentabili;

Chiede che ogni comunicazione inerente l'Avviso di mobilità venga inviata al seguente indirizzo:
Via _____ n. _____ località _____ Prov. _____
Cap _____ recapiti telefonici _____

Il sottoscritto allega alla domanda il foglio notizie ed il curriculum formativo professionale formulati come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà e fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale; allega inoltre certificato di servizio con trattamento economico di data recente dal quale si evidenzia in modo corretto il proprio inquadramento.

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003.

Luogo e data _____

FIRMA _____

(segue schema esemplificativo del Curriculum formativo e professionale)

SCHEMA DI
Curriculum formativo e professionale
redatto ai sensi degli Artt. 46 e 47 DPR 445/2000
(dichiarazione sostitutiva di certificazione - dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)

Il sottoscritto/a _____
Residente in _____
Provincia di _____ Via/Piazza _____
CAP _____

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR 445/2000), dichiara i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli accademici e di studio:

Per ogni titolo precisare:

- Ente che ha rilasciato il titolo
 - la durata del corso
 - la data di conseguimento
 - la votazione riportata.
-
-
-

Titoli di carriera intesa come esperienza di lavoro maturata nel profilo professionale di appartenenza

Per ogni servizio precisare:

- Ente presso il quale il servizio è stato prestato (nominativo, struttura privata accreditata/convenzionata o meno ...);
 - Natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto subordinato a tempo indeterminato/determinato; contratto di collaborazione; consulenzaecc.);
 - Qualifica rivestita;
 - Tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno - parziale, con l'indicazione del numero di ore svolte alla settimana, ... ecc.);
 - Data di inizio e data di fine del rapporto di lavoro;
 - Indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ...ecc.);
- N.B. Nella certificazione relativa ai servizi, se il servizio è stato prestato presso il SSN, deve essere attestato se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46, del D.P.R. n° 761/79, in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto. In caso positivo l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.
-
-
-
-

Attività didattica***Per ogni docenza indicare:***

- Ente presso cui sono state effettuate;
- Periodo, n. ore, oggetto

Attività formativa e di perfezionamento:***Per ogni Corso di formazione frequentato indicare:***

- Oggetto;
- la data e il luogo di svolgimento;
- l'Ente organizzatore;
- l'eventuale esame finale;
- crediti formativi attribuiti

Allegare in originale o in copia conforme all'originale eventuali pubblicazioni

Situazione personale:

Indicare il possesso di una o più dei delle seguenti condizioni: residenza in uno dei comuni della provincia di Siena; ricongiunzione del nucleo familiare; numero ed età dei figli; presenza di familiari che necessitino di assistenza con riconoscimento di handicap grave (legge 104/92)

Dichiaro inoltre che le fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nei documenti ad essa allegati corrisponde al vero.

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità

Luogo e data _____

FIRMA _____

FOGLIO NOTIZIE PER LA PROCEDURA DI MOBILITA'

Il sottoscritto:

Cognome.....Nome.....

Luogo di nascita..... Data di nascita/...../.....

Residente a CAP In Via n.

Domiciliato a CAP in Via n.

Telefono E-mail

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara quanto segue:

Azienda o Ente di provenienza

Profilo Professionale

Categoria – Fascia economica – Settore.....

(allegare stato di servizio con trattamento economico)

Data di assunzione (a tempo indeterminato)

Sede di lavoro attuale (presidio/U.O.)

Rapporto di lavoro Part-Time SI (dal) NO

Tipologia orario

Titolo di Studio/specializzazione

1) Superamento periodo di prova SI NO (data superamento stimata)

- 2) Riepilogo delle assenze a vario titolo (escluse le ferie) negli ultimi 3 anni
-
- 3) Ferie residue alla data attuale
- 4) Procedimenti disciplinari Esito
- 5) Idoneità alla mansione: SI SI, con limitazioni
 NO, temporanea NO, permanente
- 6) Attività ex L. 266/91
- (attività di volontariato, protezione civile, etc.)
- 7) Appartenenza a categorie protette: SI (specificare) NO
- 8) Procedimenti penali in corso
- 9) Condanne penali riportate
- 10) Godimento benefici art. 33 L. 104/92
- 11) Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000
- (componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionali, delle comunità montane, etc.)
- 12) Incarichi istituzionali (con aspettativa per funzioni pubbl. elettive).....
- 13) Incarichi sindacali (con aspettativa/distacco sindacale).....
- 14) Contenzioso in atto inerente provvedimenti di inquadramento.....
-
- 15) Accertamento sanitario in corso

N.B. : Tutti i campi devono essere compilati, anche in caso di risposta negativa.

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura e nell'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

.....
 (data)

.....
 (firma leggibile)

(allegare copia documento di identità)