

Al Comune di Riva del Garda
U.O. Personale
Piazza III Novembre, 5
38066 – RIVA DEL GARDA

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA' PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO NELLA FIGURA PROFESSIONALE DI FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO CONTABILE, CATEGORIA D BASE, ATTRAVERSO MOBILITA' VOLONTARIA AI SENSI DELL'ART. 73 DEL CCPL 20.10.2003 DEL PERSONALE DEL COMPARTO AUTONOMIE LOCALI, AREA NON DIRIGENZIALE.

Il/la sottoscritt_ _____

nat _ a _____ provincia di _____

il _____ residente a _____

via _____ n° _____ telefono _____

ev. indirizzo mail _____ indirizzo pec _____

presa visione dell'avviso n° 201600038403/PERCNDE20160001,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità per la copertura di n. 1 posto a tempo pieno ed indeterminato di funzionario amministrativo contabile categoria D, livello base, attraverso mobilità volontaria ai sensi dell'art. 73 del CCPL 20.10.2003 del personale del comparto autonomie locali, area non dirigenziale.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero:

DICHIARA:

(BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

1. di essere dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato nella figura professionale di _____, categoria _____, livello _____ presso un ente pubblico cui si applica il vigente CCPL (Contratto Collettivo Provinciale di Lavoro) del personale del Comparto Autonomie locali – Area non dirigenziale, e precisamente:

_____ indicare l'ente di appartenenza

- 2.** di aver superato il periodo di prova;
- 3.** di non trovarsi in alcuna posizione di incompatibilità ai sensi della legislazione vigente;
- 4.** di possedere l'idoneità fisica all'impiego con esenzione da difetti o imperfezioni che possono influire sul rendimento del servizio;
- 5.** di aver maturato anzianità di servizio in ruolo nella figura professionale di funzionario _____, categoria D livello base presso l'/gli Ente/i e nel periodo/i sotto riportati:

(NB: sono utili solamente i periodi di servizio svolti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato)

Denominazione Ente	Cat/Livello o qualifica	Figura prof. o qualifica	Dal _____ al _____ (gg/mese/anno) (gg/mese/anno)

6. di aver effettuato i sottoelencati periodi di assenza non utili ai fini del calcolo del periodo valutabile come anzianità di servizio (aspettative non retribuite o permessi non retribuiti durante il servizio prestato presso gli enti sopra elencati nonché periodi di sospensione disciplinare dal servizio con privazione dello stipendio, ecc.:)

Tipo di assenza	Dal _____ al _____ (gg/mese/anno) (gg/mese/anno)

7. di essere in possesso del seguente titoli di studio:

diploma di _____, conseguito in data _____, presso _____ con votazione finale di _____ su _____, al termine di corso di studio della durata legale di _____ anni;

diploma di _____, conseguito in data _____, presso _____ con votazione finale di _____ su _____, al termine di corso di studio della durata legale di _____ anni;

8. che il proprio stato famiglia è così composto:

Relazione con il richiedente (coniuge, figlio/i, altro familiare)	Cognome e nome	Data di nascita	Fiscalmente a carico con riferimento all'anno 2015 SI/NO

e che il proprio reddito con riferimento all'anno 2015:

è l'unico reddito all'interno del nucleo familiare

non è l'unico reddito all'interno del nucleo familiare

9. che l'attuale sede di lavoro è situata:

nel comune di _____ provincia di _____

via _____ n. _____

e la propria residenza è situata:

nel comune di _____ provincia di _____

via _____ n. _____

NB: nel caso in cui il dipendente svolga la propria attività in più sedi di lavoro indicare la sede di lavoro prevalente, cioè la sede in cui viene svolto la maggior parte dell'orario di lavoro

10. di allegare certificazione medica, attestante che la distanza tra domicilio e sede di lavoro reca pregiudizio alle condizioni di salute con riferimento al proprio handicap o alla situazione di grave debilitazione psico-fisica (certificato di data _____)

11. di godere dei benefici di cui alla L.104/1992:
specificare il tipo di benefici _____
come da verbale rilasciato da _____
(specificare ente/soggetto competente)
in data _____

12. di non aver già ottenuto trasferimento in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria
 di aver già ottenuto trasferimenti in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria ma più di 5 anni fa:

specificare ente di provenienze e data del trasferimento

13. di essere: iscritto/a nell'elenco delle persone in disponibilità
 inquadrato/a in una figura professionale dichiarata in eccedenza

14. di aver inoltrato in data _____ all'amministrazione di appartenenza copia integrale della presente domanda di partecipazione alla procedura di mobilità

15. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003;

16. allega i seguenti documenti:

curriculum formativo e professionale;

ai fini della valutazione comparata dei curricula, occorre indicare in modo chiaro ed univoco i titoli di studio, i titoli di servizio e i titoli vari utili. Non saranno valutati i titoli incompleti ovvero mancanti degli elementi necessari per la valutazione. **Il curriculum per essere valutato deve essere debitamente datato e sottoscritto con le stesse modalità previste per la sottoscrizione della domanda;**

certificazione medica di cui al punto 10 della presente domanda;

fotocopia **documento di identità valido**

altra documentazione:

Specificare

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo:

COGNOME E NOME _____

VIA _____ N. _____ COMUNE _____ PROV. _____

_____ C.A.P. _____ ev. e. mail _____

oppure

per i candidati che presentano la domanda tramite posta elettronica certificata, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: _____

attenzione: tutte le comunicazioni dell'amministrazione comunale saranno inviate a questo indirizzo

LUOGO E DATA

FIRMA
