

Spettabile
COMUNITA' ROTALIANA-KÖNIGSBERG
Via Cavalleggeri 19
38016 Mezzocorona (TN)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI MOBILITA' VOLONTARIA

PER UN POSTO DI FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO/CONTABILE
CATEGORIA D LIVELLO BASE

**AI SENSI DEL TITOLO VII DEL C.C.P.L. 20 OTTOBRE 2003 E DEI CRITERI DI SELEZIONE DA
UTILIZZARE NEI BANDI DI MOBILITA' VOLONTARIA PER LA COPERTURA
DI POSIZIONI LAVORATIVE PRESSO LE COMUNITA'
CONCERTATI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI IL 23 FEBBRAIO 2012,**

E

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(AUTOCERTIFICAZIONE)**

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sono puniti ai sensi del codice penale (artt. 476 e ss. C.p.) e delle leggi speciali in materia.

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ (provincia _____), in data _____

residente in _____ (provincia _____) C.A.P. _____

via _____ n. _____

e, se diverso dalla residenza, domiciliato/a in _____ (provincia _____) C.A.P.

_____ via _____ n. _____

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

presa visione del bando di mobilità volontaria della Comunità Rotaliana-Königsberg per la copertura di un posto di funzionario amministrativo-contabile categoria D livello base,

CHIEDE

di poter partecipare allo stesso.

A tal fine lo/la scrivente sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

1) di essere dipendente a tempo indeterminato nella figura professionale di _____, categoria _____ livello _____

presso:

la Provincia Autonoma di Trento e di essere assegnato alla seguente struttura provinciale (Dipartimento/Servizio/Agenzia/Società/Fondazione) _____

la Comunità _____

il Comune o Consorzio comunale di _____

2) di aver superato il periodo di prova;

3) di essere inquadrato in tale figura professionale dal ____/____/____ e di essere stato inquadrato nella corrispondente figura professionale del livello inferiore ossia _____, categoria _____ livello _____ dal ____/____/____;

4) di aver effettuato, dopo la data di inquadramento in tale figura professionale, i seguenti periodi di assenza non validi ai fini giuridici (aspettative/congedi/permessi non retribuiti):

_____;

5) di svolgere attualmente le seguenti mansioni:

_____;

6) di essere in possesso del diploma di _____ conseguito presso

_____ sito in _____

via _____ in data _____

di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio (elenco)

7) che la propria residenza dista dall'attuale sede di lavoro km _____

8) che la situazione della propria famiglia è la seguente:

relazione con il richiedente (coniuge e/o convivente, figli, parenti o affini con età >= 80 anni)	Cognome e nome	Data di nascita	Convivente/ affidamento congiunto (per figli non conviventi in caso di separazione o divorzio dei coniugi)	Codice fiscale

9)

relazione con il richiedente (ascendente o affine di 1° grado con età >= 80 anni non convivente)	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di residenza	Codice fiscale

10) che mi è stata riconosciuta una patologia grave e cronica ¹
Indicare gli estremi della certificazione medica allegata

11) che, per la patologia grave e cronica dichiarata al punto 9), la distanza tra domicilio e sede di lavoro reca pregiudizio alle proprie condizioni di salute. ²

¹ Il certificato medico specialistico, non anteriore a sei mesi precedenti la richiesta, deve attestare espressamente il carattere grave e cronico della patologia stessa. E' considerata cronica la patologia destinata a durare nel tempo che comporta una disabilità e che richiede l'effettuazione di terapie continuative o riabilitative pena l'aggravarsi della stessa.

² Il medico specialista nella patologia sofferta, di cui al punto 9), in un certificato non anteriore a sei mesi precedenti alla richiesta, attesta motivatamente che la distanza tra domicilio e sede di lavoro del/della dipendente reca pregiudizio alle condizioni di salute del/della dipendente medesimo/a.

Indicare gli estremi della certificazione medica allegata

- 12) di essere dipendente beneficiario degli articoli 21 o 33, commi 5 e 6, della Legge 05.02.1992, n. 104 e succ. mod. (allegare certificazione di seguito indicata).

Il/La sottoscritto inoltre dichiara di essere consapevole che:

- tutti i requisiti ed i titoli prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande di partecipazione alla procedura di mobilità volontaria, nonché alla data di assunzione.

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo

numero telefonico _____ cellulare _____ e-mail _____;

Allega alla presente domanda:

- fotocopia semplice di un documento di identità in corso di validità (qualora le dichiarazioni contenute nella domanda non siano sottoscritte alla presenza del dipendente addetto al ricevimento della domanda);
- certificazione medica per dichiarazioni di cui ai punti 10) e 11) non anteriore a sei mesi precedenti la richiesta, da consegnare in busta chiusa riportante la dicitura “dati sanitari”;
- attestazione, in copia conforme all’originale, rilasciata dalla competente Commissione presso l’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, o comunque da altro ente competente, dalla quale risulti la situazione di gravità accertata ai sensi dell’articolo 4, comma 1, della Legge 05.02.1992, n. 104 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” (se indicato punto 12);
- curriculum vitae formato europeo sottoscritto.

In tema di tutela della riservatezza si fa presente che i dati di cui alla presente dichiarazione saranno trattati ai sensi dell’articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, in conformità con quanto indicato nella nota informativa di cui al bando di concorso.

In fede,

Data e luogo di sottoscrizione.....

Firma