

ALLEGATO 1

**All'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
della Carnia "San Luigi Scrosoppi"
Via Morgani, 5
33028 TOLMEZZO**

Oggetto: Domanda di partecipazione alla mobilità esterna volontaria per la copertura di n. 2 posto di "Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere" – CAT. D a tempo pieno e indeterminato Del C.C.N.L. Comparto sanità

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____
DATA DI NASCITA _____ SESSO: M ___ F ___
LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____
RESIDENTE A _____ PROV. _____
INDIRIZZO _____ CAP _____
TELEFONO _____ E-MAIL _____
Codice Fiscale _____

RECAPITO presso cui indirizzare le comunicazioni relative al presente avviso (da indicare solo se diverso da quello di residenza):

COMUNE _____ PROV. _____
TELEFONO _____ CAP _____
INDIRIZZO _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di false dichiarazioni dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere dipendente a tempo indeterminato presso la seguente Amministrazione:

di aver superato favorevolmente il periodo di prova presso l'Ente di appartenenza;

di essere inquadrato nella categoria ____ posizione economica ____ profilo professionale:

Con esperienza complessiva in Categoria D, medesimo profilo di anni _____

ALLEGATO 1

Rapporto di lavoro a tempo:

- pieno
 parziale al ____% per _____ ore settimanali

Assunto a tempo indeterminato:

dal _____

di essere in possesso del titolo di studio di _____
votazione _____ conseguito nell'anno _____
presso _____

per i candidati che hanno conseguito il titolo di studio all'estero indicare:
titolo di studio in lingua originale _____ votazione _____
conseguito nell'anno _____ presso _____
estremi del provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza da parte dell'autorità competente _____

- di essere in possesso di qualifica di Infermiere Professionale con esperienza di anni ____;
- di essere iscritto all'Albo professionale del Collegio di _____ n. _____ del _____;
- di essere in uno stato di salute che comporti l'idoneità alla specifica posizione lavorativa richiesta, senza alcuna limitazione;
- (per i dipendenti di Amministrazioni o Enti non facenti parte del Comparto sanità) che il profilo di appartenenza è corrispondente a quello di "Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere – Categoria D;
- Di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni:

Ente	Qualifica	Dal	Al	Tipo di rapporto*	Causa risoluzione

*indicare se di ruolo, incaricato, a tempo pieno, parziale con indicazione delle ore settimanali

- di non aver subito, nel corso del biennio precedente la presentazione della domanda, sanzioni disciplinari superiori al rimprovero verbale;
- di non aver riportato condanne penali;
- in caso contrario indicare le condanne penali riportate, la data e il numero della sentenza, l'autorità che l'ha emessa e il reato commesso; la dichiarazione va resa anche per le condanne condonate; vanno inoltre indicati i procedimenti penali per i quali sia intervenuta amnistia o perdono giudiziale, le eventuali condanne riportate anche a seguito di patteggiamenti, i decreti penali di condanna e comunque tutte le condanne che godono del beneficio della non menzione nel casellario giudiziale:

- di non avere procedimenti penali pendenti a proprio carico;
- in caso contrario dichiarare i procedimenti penali pendenti:

ALLEGATO 1

- che le dichiarazioni contenute nel *curriculum* professionale e di studio allegato alla presente sono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;
- di aver preso visione dell'avviso di mobilità e di accettare tutte le clausole in esso inserite;

PRENDE ATTO

che i dati personali contenuti nella presente domanda saranno trattati sia con mezzi informatici che cartacei esclusivamente per la gestione della procedura di cui al presente avviso e degli eventuali procedimenti connessi.

Il conferimento degli stessi è obbligatorio al fine dell'ammissione alla procedura, pena l'esclusione.

Ai sensi della legislazione vigente l'ASP si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dai candidati e a trattare i dati nel rispetto del principio di necessità e solo per le finalità connesse al procedimento.

ALLEGA

- **Fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore (in corso di validità).**
- ***Curriculum* professionale e di studio datato e sottoscritto.**

Data _____

FIRMA _____