

FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO DI MOBILITÀ

**Al Direttore Generale  
Azienda di Servizi alla Persona  
Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia  
V.le Matteotti, 63  
27100 Pavia**

**DOMANDA DI AMMISSIONE  
ALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ VOLONTARIA  
PER LA COPERTURA DI N. 2 POSTI DA:**

**“OPERATORE SOCIO SANITARIO”, CAT. BS  
CCNL COMPARTO SANITA’.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare alla procedura di mobilità volontaria per la copertura del posto nel profilo di:

.....  
*A tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000) nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera sotto la propria responsabilità*

**DICHIARA**

*(compilare interamente la dichiarazione e barrare le caselle di interesse)*

- di essere nato/a a: ....., il .....
- di essere residente a ....., Prov (\_\_\_\_),  
in via ....., n.:.....;
- di essere in possesso della cittadinanza .....(specificare se italiana o di altro stato)
- di essere iscritto nelle liste del Comune di .....  
(oppure indicare le motivazioni della non iscrizione o della cancellazione dalle liste ) .....  
.....  
.....
- di essere dipendente di ruolo (a tempo indeterminato) dell'Amministrazione .....  
.....di.....;

- di essere inquadrato dal.....alla data di sottoscrizione della presente domanda nel profilo professionale.....  
in categoria professionale..... (posizione economica.....)  
con rapporto di lavoro: ☐ a tempo pieno ☐ a tempo parziale a n. \_\_\_\_ ore settimanali;
- di svolgere la propria attività lavorativa nell'azienda di appartenenza presso la struttura e/o servizio di .....  
.....;
- ☐ di essere attualmente titolare dell'incarico di .....;  
conferito dal ..... al .....
- ☐ di aver superato il periodo di prova nel profilo professionale di cui sopra;
- ☐ di aver effettuato, nell'ultimo triennio, con riferimento alla data di pubblicazione del presente bando, le  
seguenti assenze per malattia (specificare dal ..... al.....)  
.....  
.....;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: .....  
.....  
rilasciato da (specificare Università/Ente) .....  
in data ..... con la seguente votazione :.....;
- ☐ di essere fisicamente idoneo in relazione alle funzioni proprie del posto da ricoprire;
- ☐ di non aver subito condanne penali e di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso che  
possano impedire il mantenimento del rapporto di impiego con la pubblica amministrazione; ai sensi delle vigenti  
norme in materia (in caso contrario indicare le condanne riportate ed i procedimenti penali in corso).....  
.....  
.....;
- ☐ di non aver subito procedimenti disciplinari e di non aver procedimenti disciplinari in corso nell'ultimo biennio  
(con riferimento alla data di scadenza del presente bando);
- ☐ di non avere subito l'irrogazione, in via definitiva, della sanzione disciplinare della sospensione dal servizio  
con privazione della retribuzione pari o superiore ai 10 giorni nell'ultimo biennio (con riferimento alla data di  
scadenza del presente bando) (in caso affermativo specificare eventuali sanzioni riportate e/o procedimenti  
disciplinari in corso) .....

- .....
- .....
- ☐ di godere/non godere dei benefici di cui all'art. 33 L. 104/92;
  - ☐ di godere/non godere dei benefici di cui all'art. 79 D.lgs. 267/2000,
  - ☐ di essere/non essere stato assunto in forza della L. 68/99;
  - ☐ di essere/non essere attualmente collocato in distacco sindacale a tempo pieno o parziale;
  - ☐ di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli ai fini della preferenza e precedenza nelle nomine.....;
  - ☐ di aver prestato i seguenti servizi presso le P.A. con la precisazione della motivazione dell'eventuale cessazione.....;
  - ☐ di richiedere il seguente ausilio per poter sostenere il colloquio in quanto riconosciuto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92 .....;
  - di indicare i seguenti recapiti dove l'Azienda di Servizi alla Persona potrà indirizzare tutte le comunicazioni  
Indirizzo (se diverso dalla residenza): .....  
Telefono:.....e-mail.....  
e-mail certificata: .....
  - ☐ di aver letto l'informativa sulla privacy indicata nel bando dell'avviso in oggetto
  - ☐ esprime il consenso, ai sensi del D. lgs n. 196/2003 e s.m.i., all'acquisizione e al trattamento, da parte dell'Azienda di Servizi alla Persona Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia (con sede legale in Viale Matteotti, 63, 27100 - Pavia), dei dati personali e/o sensibili necessari per l'instaurazione del rapporto di lavoro.

**Allega alla presente:**

- a) curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- b) dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante lo stato di servizio integrata con i dati stipendiali;
- c) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

.....  
(Luogo)

(data)

In fede

\_\_\_\_\_  
*(firma autografa per esteso non autenticata)*

## CURRICULUM AUTOCERTIFICAZIONE - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

**Allegato**, parte integrante e sostanziale, alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità volontaria per la copertura di n. 2 posti di personale non dirigenziale del Comparto.

Il sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... in via .....

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445**

di essere in possesso dei seguenti titoli:

### **TITOLI DI CARRIERA**

Servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** di Enti del SSN o Case di cura private solo se convenzionate o accreditate ovvero in qualità di **dipendente** di altre Pubbliche Amministrazioni nel profilo messo a bando ovvero in profili corrispondenti o di livello immediatamente inferiore. Si precisa che il servizio prestato all'estero non può essere autocertificato, a meno che lo stesso risulti trascritto in pubblici registri in Italia.

➤ *Compilare il seguente schema per ciascun titolo di carriera che si vuole elencare*

Azienda / Ente	
Indirizzo Azienda / Ente	
Profilo (qualifica) professionale ricoperto	
Data assunzione	
Data di cessazione (ovvero indicare se tuttora in corso)	
Causa di risoluzione del rapporto di lavoro	
n° ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa percentuale)	
Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc....) (*)	

(\*) Indicare se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79.

### **TITOLI DI STUDIO E TITOLI ACCADEMICI** – Indicare i titoli di studio o accademici posseduti

➤ *Compilare il seguente schema per ciascun titolo di studio che si vuole elencare*

Diploma di .....
conseguito presso ..... in data .....

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE****EVENTI FORMATIVI**

Inserire dettagliatamente l'elenco dei corsi formativi professionali o di aggiornamento attinenti, specificando se seguiti da esame finale, nonché corsi di lingua straniera o di informatica

➤ *Compilare il seguente schema per ciascun corso che si vuole elencare*

Evento formativo (indicare se master, convegno, congresso, seminario, workshop)	
Titolo evento	
In qualità di (relatore/partecipante)	
Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell'ente/società organizzatrice)	
Sede evento	
Data svolgimento evento	
Per complessivi giorni .....	
per complessive ore .....	
Indicare n° crediti ECM (a fronte di <i>verifica</i> finale ECM)	
Specificare se <i>CON esame finale</i> (NON ECM)	
<input type="checkbox"/> Trattasi di attività svoltesi non presso Enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestazione riferita all'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero	

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE****DOCENZE /ATTIVITÀ DIDATTICHE:**

➤ *Compilare il seguente schema per ciascuna docenza/attività didattica che si vuole elencare*

Tipo di docenza/attività didattica	
Titolo corso	
Organizzato da (denominazione completa e indirizzo dell'ente/società organizzatrice)	
Destinatari del corso	
In data (data svolgimento corso)	
Per complessivi giorni .....	
per complessive ore .....	
<input type="checkbox"/> Trattasi di attività svoltesi non presso Enti pubblici: si allega copia fotostatica dell'attestazione riferita all'attività svolta, sottoscritta sul retro, composta di n. .... pagine e contrassegnata con il numero	

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

**Altre attività professionali attinenti non indicate tra i titoli di carriera**

*Compilare il seguente schema per ciascuna attività che si vuole elencare.*

Azienda / Ente	
Indirizzo Azienda / Ente	
Profilo (qualifica) ricoperto	
Data di inizio prestazione (dal.....)	
Data di fine prestazione (ovvero indicare se in corso) (al.....)	
Natura giuridica del contratto (°)	
n° ore settimanali (tempo pieno/part-time con relativa percentuale)	
Interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc.....)	

(°) Indicare se dipendente, co.co.pro, co.co.co, di somministrazione lavoro, interinale, libero professionale, socio lavoratore, ecc.

Luogo e data.....,

Letto, confermato e sottoscritto **IL DICHIARANTE ( firma )** \_\_\_\_\_

(N.B. ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ)