

ALLEGATO - A

FOGLIO NOTIZIE PER LA PROCEDURA DI MOBILITA'

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445.

I sottoscritt_

Cognome _____ Nome _____

data e luogo di nascita _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ cap. _____

tel. _____

domiciliato a _____ via _____ n. _____ cap. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di false attestazioni e dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità dichiara:

➤ di essere dipendente a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria

➤ data di assunzione _____

➤ inquadramento: ruolo _____
profilo _____
area /categoria _____
livello economico _____

➤ di svolgere le mansioni proprie del profilo di inquadramento presso la
Struttura/Servizio: _____

➤ di essere in possesso di esperienza specifica in _____

- di aver prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e/o a tempo determinato:

dal _____ al _____ datore di lavoro _____

in qualità di _____

con rapporto di lavoro:

a tempo pieno

☐

part - time

☐

impegno orario settimanale: _____

- servizi prestati presso case di cura private convenzionate con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e/o a tempo determinato:

dal _____ al _____ datore di lavoro _____

in qualità di _____

con rapporto di lavoro:

a tempo pieno

☐

part - time

☐

impegno orario settimanale: _____

- Ferie non godute alla data della domanda:

ferie anno corrente gg. _____ ferie anni precedenti gg. _____

- Totale assenze a vario titolo effettuate nell'ultimo triennio:

Anno: _____ gg. _____

Anno: _____ gg. _____

Anno: _____ gg. _____

➤ Trattamento economico in godimento:

stipendio base	€	_____
indennità comuni assorbite	€	_____
R.I.A.	€	_____
indennità prof. specifica	€	_____
incremento R.I.A. art. 42, DPR 384/90	€	_____
ind. vacanza contrattuale	€	_____
fascia retributiva	€	_____
ind. coord. parte fissa	€	_____
ind. coord. parte variabile	€	_____
eccedenza di fascia	€	_____
beneficio art. 44 R.D. 1290/22	€	_____

- Impedimenti turnazione h. 24 sì ☐
(in caso affermativo specificare motivi) no ☐

-
- Godimento benefici legge 104/1992: sì ☐ dal _____ no ☐
- Stati di invalidità: sì ☐ dal _____ no ☐
- Inidoneità temporanea: sì ☐ dal _____ no ☐
- Idoneità con prescrizione: _____
dal _____

- di non aver subito sanzioni disciplinari superiori al rimprovero verbale nel biennio precedente alla data di pubblicazione del presente Avviso;
- di avere / non avere contenziosi con l'Amministrazione di appartenenza (nel caso indicare l'oggetto del contenzioso) _____;

PARTICOLARI ELEMENTI DI VALUTAZIONE RIGUARDANTI LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE:

a) Titoli accademici attinenti, oltre il requisito di accesso al profilo:

Titolo _____
conseguito presso _____ in data _____

b) Corsi, eventi formativi attinenti, di durata superiore a gg. 5 o ad ore 50 Corso/Evento

svolto presso _____, in data _____

c) Produzione scientifica (allegare copia delle pubblicazioni, unitamente alla dichiarazione di conformità agli originali): _____

d) Ulteriori attività/esperienze: _____

In fede,

Luogo e data _____

Firma leggibile del richiedente

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del Reg. Europeo n. 679/2016 (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del D. Lgs. 101/2018), relativa ai concorrenti che partecipano alle procedure selettive, pubblicata sul sito web aziendale www.uslumbria2.it, sezione "Privacy", in "*Documenti utili per concorrenti procedure selettive*".

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità (in difetto di tale documentazione l'attestazione non ha valore).

Data _____

Firma leggibile del richiedente
