

ALLEGATO - B

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.

 1 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 DPR 28 dicembre 2000 n. 445 in caso di false attestazioni e dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità dichiara:

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

➤ data di assunzione _____

➤ inquadramento: Area _____

disciplina _____

➤ di svolgere le mansioni proprie dell'Area presso la Struttura/Servizio:

➤ di essere in possesso di incarico C.C.N.L. Area Sanità – vigente, denominato

- 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 _____

con rapporto di lavoro: a regime ad impegno pieno ☐

a regime ad impegno ridotto ☐

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 regime ad impegno pieno ☐

a regime ad impegno ridotto ☐

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 esclusività rapporto € _____

Indennità specifica Medica € _____

R.I.A. € _____

retribuzione posizione minima € _____

retribuzione posizione variabile	€	_____
differenza sui minimi	€	_____
R.I.A. struttura specialistica	€	_____
R.I.A. tempo pieno	€	_____

➤ 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 quelli previsti quali requisito di accesso:

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, link "Privacy", sezione "*Documenti utili per concorrenti procedure selettive*".

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

Data _____

Firma leggibile del richiedente
