

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' ESTERNA

**Al Direttore Generale
ASL Avellino
Via degli Imbimbo, 10/12
83100 AVELLINO**

(indirizzo PEC ASL AVELLINO: protocollo@pec.aslavellino.it)

Il sottoscritto Cognome.....Nome.....

Luogo di nascita.....data.....

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALL'AVVISO DI MOBILITA' ESTERNA PER LA COPERTURA
DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA:** _____

- indetta da codesta Amministrazione con Deliberazione del Direttore Generale n. 1236 del 09/08/2018.

**Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.
28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:**

- Di essere residente a Vian
- Domiciliato a Vian
- Di essere di stato civile(figli n.....)
- Di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente (indicarla)
.....
- Di essere/non essere iscritto alle liste elettorali del Comune di
- Di essere in possesso del seguente codice fiscale
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito in
data presso
- Di essere in possesso del diploma di specializzazione in conseguito il
..... presso
- Di essere tuttora iscritto al n. dell'Albo/Ordine dei della
Provincia/Regione..... a decorrere dal
- Di essere attualmente dipendente della seguente Azienda/Ente
- Di essere stato assunto presso Pubblica Amministrazione (1) a seguito Concorso
Pubblico nella posizione funzionale/nel profilo professionale di
..... con decorrenza
- Di essere in possesso del nulla osta di assenso preventivo al trasferimento dell'Azienda/Ente
..... di appartenenza (come da allegata documentazione).
- In qualità di Dirigente.....disciplina.....
- Dal.....
- Presso l'U.O./Servizio.....

- Con il seguente incarico:.....
- Di avere superato il periodo di prova dal.....
- Rapporto di lavoro Part-Time

SI	NO
----	----
- Rapporto esclusivo

SI	NO
----	----

Si dichiara inoltre:

1. Riepilogo delle assenze a vario titolo negli ultimi tre anni escluse le ferie.....
2. ferie residue alla data attuale.....
3. consistenza numerica delle assenze per malattie negli ultimi tre anni.....
4. procedimenti disciplinari.....Esito.....
5. esito per eventuali visite per inidoneità: Temporale Permanente
Organismo che ha disposto il provvedimento:
Medico competente Collegio Medico Legale
6. Appartenenza a categoria protetta: SI NO
7. Procedimenti penali in corso
8. condanne penali riportate
9. godimento benefici art. 33 L. 104/92
10. godimento benefici art. 79 D.Lgs. 267/2000.....
(componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionali, delle comunità montane, ecc)
11. eventuali incarichi istituzionali
.....
12. eventuali incarichi sindacali
.....
13. eventuale contenzioso in atto inerente provvedimenti di inquadramento
14. eventuale accertamento sanitario in corso.....

I punti 2 e 4 sono da riferirsi all'ultimo biennio.

In caso di risposta affermativa ai punti 6 e 13 è necessario specificare di che trattasi.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo di posta certificata (PEC):.....

Il/La sottoscritto/a dichiara che quanto sopra riportato corrisponde a verità, assumendosene la piena responsabilità anche penale, ai sensi della normativa vigente.

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le disposizioni dell'Avviso di Mobilità e **DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA MANCATA PRESENZA IL GIORNO DEL COLLOQUIO EQUIVALE A RINUNCIA.**

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di dare il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili predetti qualora assumano la connotazione dei dati sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del presente procedimento e con le modalità sopra specificate.

DICHIARA INOLTRE

che quanto riportato nel curriculum vitae allegato, firmato e datato - consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.11.2000 - corrisponde al vero. A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità _____ n. _____ rilasciato in data _____ da _____

Data

Firma estesa e leggibile

.....

.....

(1) Indicare la denominazione dell'Azienda Sanitaria o l'Ente che ha indetto il Concorso Pubblico nonché l'indirizzo.