

**ALL. A)**

**Al Presidente dell'Ordine  
dei Medici e degli Odontoiatri  
della provincia di Padova**  
Via San Prosdocimo n. 6  
35139 P A D O V A

**OGGETTO: Procedura di mobilità volontaria, ai sensi dell'art. 30, comma 2 bis, del D.LGS. n. 165/2001 e s.m.i., per la copertura mediante SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO, di 1 POSTO VACANTE avente il profilo professionale di COLLABORATORE di AMMINISTRAZIONE a tempo pieno (36 ore settimanali) e indeterminato, Area funzionale C, posizione economica "C1" CCNL Enti Pubblici non Economici.**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (.....) il .....  
residente a ..... (.....) Via ..... n. ....  
Telefono ..... Eventuale indirizzo di PEC: .....  
Recapito presso il quale deve ad ogni effetto essere inviata ogni necessaria comunicazione relativa al presente bando di mobilità se diverso dalla residenza è il seguente:  
.....  
.....  
Eventuale ulteriore recapito telefonico: .....

**Chiede**

- di essere ammesso/a a partecipare alla selezione di cui all'oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, cui fa rinvio l'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. citato, sotto la propria responsabilità

**Dichiara**

- di essere cittadino/a italiano/a o di essere in possesso di titolo di altra condizione ad essa equiparato per legge;

- di essere nato/a a ..... Provincia di ..... , il .....

- di essere residente a ..... (.....)  
in Via ..... n. ....  
Telefono ..... Eventuale indirizzo di PEC: .....

- di essere iscritto/a negli elenchi elettorali del Comune di .....;  
(in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi);

-di godere dei diritti civili e politici (in caso di mancato godimento indicarne i motivi);

- di possedere competenza ed esperienza nel supporto alle attività istituzionali di un ente pubblico, oltre ad avere una buona conoscenza dei sistemi informatici, dell'uso del personal computer e dei principali applicativi;

-di prestare attualmente servizio a tempo indeterminato presso la seguente Pubblica Amministrazione:

.....

Indirizzo della sede legale.....;

-di essere inquadrato/a nel profilo professionale di Collaboratore di Amministrazione – area C, posizione C1 del CCNL Enti Pubblici Non Economici o in posizione funzionale equivalente di altri comparti di contrattazione pubblica, così come indicati nella tabella di equiparazione di cui al DPCM 26 giugno;

- di essere in servizio di ruolo nella posizione su indicata, a tempo pieno e indeterminato;

- ovvero, di essere in servizio nella posizione su indicata, a tempo parziale e indeterminato ma di essere disponibile alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno;

- di aver superato positivamente il periodo di prova;

- di essere in possesso del seguente titolo di studio: Diploma di laurea del vecchio ordinamento (DL), Laurea Specialistica (LS), Laurea Magistrale (LM), Laurea Triennale (LT), conseguite presso Università o altro Istituto universitario statale o legalmente riconosciuto, nell'ambito della discipline giuridiche economiche o di scienze politiche e dell'amministrazione;

di avere prestato servizio presso le altre seguenti pubbliche amministrazioni indicando le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- di non avere procedimenti disciplinari in corso e comunque di non essere stato destinatario di sanzioni disciplinari nell'ultimo quinquennio antecedente all'ultimo giorno di pubblicazione del presente avviso;

- di non aver riportato condanne penali antecedenti la pubblicazione dell'avviso e non avere in corso procedimenti penali per reati che, se accertati con sentenza di condanna irrevocabile, comporterebbero la sanzione disciplinare del licenziamento;

- di non avere cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego;

- di aver richiesto o ottenuto il nulla osta preventivo al trasferimento all' Amministrazione di appartenenza;

- di avere la piena idoneità fisica alle mansioni proprie del profilo di appartenenza senza alcuna limitazione o prescrizione;

- di essere / di non essere: in possesso dei titoli di cui all'art.5 del DPR 487/94 da far valere ai fini di eventuali precedenze o preferenze nella nomina, a parità di punteggio, nella formulazione della graduatoria;

- di individuare il seguente domicilio o recapito presso il quale deve ad ogni effetto essere recapitata ogni necessaria comunicazione relativa al bando di mobilità oggetto della presente domanda:

.....  
.....

di autorizzare l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Padova all'utilizzo dei dati personali per le finalità strettamente connesse con l'espletamento delle procedure concorsuali, così come previsto dal Decreto Legislativo 196/2003 e s.m.i.;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Padova da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## ALLEGATI

- a) autocertificazione relativa al possesso dei titoli richiesti per l'ammissione alla selezione;
- b) curriculum vitae preferibilmente in formato europeo, dal quale si evincano le competenze richieste;
- c) il nulla-osta preventivo rilasciato dall'Amministrazione di appartenenza o, in alternativa, copia della domanda avanzata per ottenere il nulla osta;
- d) copia fotostatica fronte retro non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità;
- e) certificato di servizio di data recente, ovvero dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da cui risulti l'inquadramento del dipendente e tutti i servizi prestati da redigere secondo lo schema allegato (**ALL.B**);
- f) tutti gli altri titoli ritenuti utili al fine della valutazione di merito da redigere secondo lo schema allegato (**ALL.C**);
- g) un elenco di tutti i documenti presentati debitamente sottoscritto dal candidato;

Firma

\_\_\_\_\_

ALL. B)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

resa ai sensi dell'art.47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

(riguardante i servizi prestati)

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ avvalendomi delle disposizioni di cui all'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali a carico di chi rilascia dichiarazioni mendaci, firma atti falsi o ne fa uso, sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARO**

Di aver prestato o di prestare servizio presso i seguenti Enti:

Ente	Dal (gg/m/a)	Al (gg/m/a)	Qualifica (specificare la posizione funzionale)	Tipo di rapporto *

\* Indicare se a tempo indeterminato, determinato, incaricato, supplente, con indicazione dell'impegno orario settimanale ed in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, indicarne le cause.

Per i servizi svolti in qualità di dipendente presso amministrazioni pubbliche, dichiaro che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 e dichiara altresì:

di non aver fruito di aspettativa non retribuita.

di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 allego copia fotostatica completa di un documento di riconoscimento.

\_\_\_\_\_

(luogo)

(data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni sostitutive sono soggette a controllo anche a campione.

Ferma restando la responsabilità penale, il dichiarante decade dagli eventuali benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**N.B.** Ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 si rende noto che il trattamento dei dati personali su estesi è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura alla quale il dichiarante ha presentato istanza corredata della presente dichiarazione.

ALL  
. C)

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

resa ai sensi dell'art.46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

(Autocertificazione in sostituzione delle normali certificazioni concernenti stati, qualità personali e fatti)

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ avvalendomi  
delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle  
responsabilità penali a carico di chi rilascia dichiarazioni mendaci, firma atti falsi o ne fa uso, sotto  
la mia personale responsabilità

### **DICHIARO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

(luogo)

(data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: Le dichiarazioni sostitutive sono soggette a controllo anche a campione.**

**Ferma restando la responsabilità penale, il dichiarante decade dagli eventuali benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

**N.B. Ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 si rende noto che il trattamento dei dati personali su estesi è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura alla quale il dichiarante ha presentato istanza corredata della presente dichiarazione.**