

MODULO A) DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Direttore Generale  
dell'Azienda ULSS 18  
Viale Tre Martiri, 89  
45100 - R O V I G O

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di partecipare all'avviso di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001, indetto da codesta Azienda, per n. 1 **Collaboratore Professionale Sanitario – Ostetrica/o – Cat. D.**

**Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR n. 445/2000 oltre alla decadenza dei benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere,**

**DICHIARA**

- 1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_ (CAP.\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- 2) di possedere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;
- 3) di essere di stato civile \_\_\_\_\_ (figli n.\_\_\_\_),
- 4) di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente (indicarla \_\_\_\_\_);

- 5) di essere/ non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;
- 6) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari \_\_\_\_\_;
- 7) di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali o di aver i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_);
- 8) di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- 9) di essere attualmente dipendente a tempo indeterminato della seguente Azienda/Ente \_\_\_\_\_, Comparto \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_;
- 10) di essere attualmente inquadrato nel profilo professionale di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_, sede di lavoro \_\_\_\_\_, U.O. \_\_\_\_\_, rapporto di lavoro part time  SI  NO, (dal \_\_\_\_\_);
- 11) di aver superato il periodo di prova nel profilo professionale attualmente ricoperto;
- 12) di non aver subito misure disciplinari nell'ultimo biennio e di non aver procedimenti disciplinari pendenti; (ovvero dichiarare le misure adottate nei propri confronti e i procedimenti in corso);

13) il riepilogo delle assenze a vario titolo negli ultimi 2 anni (escluse le ferie) \_\_\_\_\_;

14) le ferie residue alla data attuale \_\_\_\_\_;

15) la consistenza numerica delle assenze per malattia negli ultimi 2 anni \_\_\_\_\_;

16) l'esito di eventuali visite per inidoneità:

Temporanea       Permanente;

Organismo che ha disposto il provvedimento:

Medico Competente     Collegio Medico legale;

Eventuale accertamento sanitario in corso \_\_\_\_\_;

17) lo svolgimento di attività ex L. 266/1991 (volontariato, protezione civile, ecc) \_\_\_\_\_;

18) l'appartenenza a categoria protetta:  SI     NO; in caso affermativo specificare: \_\_\_\_\_;

19) il godimento dei benefici ex art. 33 L. 104/1992

SI                       NO;

20) il godimento dei benefici ex art. 79 D. Lgs. N. 267/2000 (componenti consigli comunali, provinciali, ecc.)

SI                       NO;

21) la copertura di eventuali incarichi istituzionali o sindacali \_\_\_\_\_;

22) di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di avviso e di accettarle senza riserva alcuna;

23) di accettare, in caso di mobilità, tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico del personale del Comparto Sanità;

24) di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura, sensi del D. Lgs. n. 196/2003;

25) di impegnarsi a comunicare, per iscritto eventuali variazioni del recapito, riconoscendo che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario e chiede che tutte le comunicazioni riguardanti la selezione vengano indirizzate a:

Sig. / Sig.ra: \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo mail: ..... Indirizzo PEC: .....

▪ **Alla presente allega :**

- Un curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
- Un elenco degli eventuali documenti presentati;
- Copia autenticata nelle forme di legge, degli eventuali documenti e titoli che intende presentare ai fini della valutazione, (ovvero dichiarazioni sostitutive – modulo B e/o modulo C allegati);
- Una copia non autenticata e firmata di valido documento di riconoscimento;

Data .....

Firma .....

• **Le domande e la documentazione devono essere esclusivamente:**

- inoltrate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, all'AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO – VIALE TRE MARTIRI, 89 – 45100 ROVIGO;
- ovvero presentate all'UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE - AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO – VIALE TRE MARTIRI, 89 – 45100 ROVIGO – dalle ore 9.00 alle ore 13.00 tutti i giorni feriali, Sabato escluso.

#### MODULO B

#### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 DPR 445/2000)**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001, indetto da codesta Azienda, per n. 1 **Collaboratore Professionale Sanitario – Ostetrica/o – Cat. D.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA,**

in sostituzione delle normali certificazioni, di essere in possesso dei sottoelencati titoli:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Data \_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile) (1)

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.

#### MODULO C

#### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**(art. 47 DPR 445/2000)**

In riferimento alla domanda di partecipazione all'avviso di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001, indetto da codesta Azienda, per n. 1 **Collaboratore Professionale Sanitario – Ostetrica/o – Cat. D.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 DPR 445/2000 sulla responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Che le allegate copie dei sottoelencati titoli, sono conformi agli originali:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Data \_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile) (1)

(1) La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di partecipazione alla selezione venga spedita, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato.