

FOGLIO NOTIZIE PER LA PROCEDURA DI MOBILITA'

Il sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Residente a _____ CAP _____ in Via _____ n. _____

Domiciliato a _____ CAP _____ in Via _____ n. _____

Telefono _____ E-mail _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara quanto segue:

- Azienda o Ente di provenienza _____

- Profilo Professionale _____ area _____ disciplina di _____ inquadramento _____

- Data di assunzione (a tempo indeterminato) _____

- Sede di lavoro attuale (presidio/U.O.) _____

- Rapporto di lavoro Part-Time **SI** (dal _____) **NO**

Tipologia orario _____

- Titolo di studio/specializzazione _____

_____ (dal _____)

1) **Superamento periodo di prova** **SI** (dal _____) **NO** (data superamento presunta _____)
{detto periodo corrisponde ai giorni di effettivo servizio prestato (incluse le ferie) con esclusione delle assenze per malattia, permessi ed altro}

2) **Iscrizione Ordine Professionale** di _____ dal _____ al n° _____

3) **Riepilogo delle assenze a vario titolo (escluse le ferie) negli ultimi 3 anni** _____

4) **Ferie residue alla data attuale** _____

5) **Procedimento disciplinare** _____ in data _____ Esito _____

6) **Eventuali procedimenti disciplinari in corso alla data odierna** _____

7) **Idoneità alla mansione:** **SI** **SI, con limitazioni**
NO, temporanea **NO, permanente**

- 8) Attività ex L. 266/91 _____
(attività di volontariato, protezione civile, etc.....)
- 9) Appartenenza a categorie protette: **SI** (specificare _____) **NO**
- 10) Procedimenti penali in corso _____
- 11) Condanne penali riportate _____
- 12) Valutazioni negative **SI** (in data _____) **NO**
- 13) Trattamento economico in godimento (vedi copia busta paga allegata alla domanda)
- 14) Godimento benefici art. 33 L. 104/92 _____
- 15) Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000 _____
(componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionali, delle comunità montane, etc.)

- 16) Incarichi istituzionali (con aspettativa per funzioni pubbliche elettive)

- 17) Incarichi sindacali (con aspettativa/distacco sindacale) _____

- 18) Contenzioso in atto inerente provvedimenti di inquadramento _____

- 19) Accertamento sanitario in corso _____

20) Nulla osta preventivo dell’Azienda di appartenenza all’eventuale trasferimento.

N.B.: Tutti i campi devono essere compilati, anche in caso di risposta negativa.

Il sottoscritto autorizza l’Azienda Ospedaliera “S. Maria” di Terni al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell’ambito dello svolgimento della procedura e nell’eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, ai sensi del D.Lgvo n. 196/2003

(data)

(firma leggibile)

(allegare copia fronte-retro di un documento valido di identità)