

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

3) Ferie residue alla data attuale _____

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

5) Eventuali procedimenti disciplinari in corso alla data odierna _____

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

- 7) Attività ex L. 266/91 _____
(attività di volontariato, protezione civile, etc.....)
- 8) Appartenenza a categorie protette: **SI** (specificare _____) **NO**
- 9) Procedimenti penali in corso _____
- 10) Condanne penali riportate _____
- 11) Valutazioni negative **SI** (in data _____) **NO**
- 12) Trattamento economico in godimento (vedi copia busta paga allegata alla domanda)
- 13) Godimento benefici art. 33 L. 104/92 _____
- 14) Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000 _____
(componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionali, delle comunità montane, etc.)
- _____
- 15) Incarichi istituzionali (con aspettativa per funzioni pubbliche elettive)
- _____
- _____
- 16) Incarichi sindacali (con aspettativa/distacco sindacale) _____
- _____
- 17) Contenzioso in atto inerente provvedimenti di inquadramento _____
- _____
- 18) Accertamento sanitario in corso _____
- 19) 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)