

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
Via Tristano di Joannuccio
05100 – TERNI

Il/La sottoscritto/a nato/a Prov..... il
residente a via..... n.....
chiede di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso di Mobilità, per titoli e colloquio, a n. 2 posti di **COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA - cat. D.**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e false (D.P.R .28.12.2000, n. 445 e s.m.i.), quanto segue:

- a) ☐ di essere in possesso della cittadinanza o cittadinanza di uno dei Paesi dell' U.E
- b) ☐ di godere dei diritti civili e politici (i cittadini non italiani, devono specificare il godimento dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza)
- c) ☐ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di.....;
- d) ☐ di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo.....;
- e) ☐ di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso, ovvero
(indicare in modo dettagliato i procedimenti in corso nel foglio notizie allegato);
- f) ☐ di essere in possesso **della Laurea in** conseguita presso in data.....;
- g) ☐ di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione.....;
- h) ☐ di essere a rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso la seguente Pubblica Amministrazione.....dalad oggi....., e di essere inquadrato nel profilo di..... cat.;
- i) ☐ di aver superato il periodo di prova in data.....presso l'Azienda
- l) ☐ di non avere subito nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione dell'avviso di mobilità, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta;
- m) ☐ di essere in possesso dell'idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione e di non avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere una inidoneità, seppur parziale;
- n) ☐ di non avere conseguito nell'arco dell'attività lavorativa valutazione negativa;
- o) ☐ che le dichiarazioni rese sono documentabili.

Il domicilio presso il quale deve ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente:

Via.....Comune.....Prov.....C.A.P....
..... telefonocellulare.....;

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera di Terni al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e gli allegati formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i..

Il sottoscritto allega la seguente documentazione, redatta come dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà:

◇ il foglio notizie

◇ il curriculum formativo professionale datato e firmato

Allega, altresì:

◇ copia dell'ultima busta paga e trattamento economico in godimento

◇ fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale

◇ nulla-osta preventivo dell'Azienda di appartenenza (entro la data di espletamento prova selettiva).

Firma per esteso del dichiarante

Luogo,data____/____/____
