

**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)**