

Allegato 2: Area del personale di supporto e Area degli Operatori(Ex CATEGORIE "A", "B", "Bs")

Nome e Cognome				
Qualifica				
Attività di servizio		Dal	Al	Ente
	Servizio nel profilo oggetto della mobilità			
	Servizio nel profilo inferiore a quello oggetto della mobilità			
Titoli accademici e di studio	Titolo	Data Conseguimento		Denominazione del Titolo
	Diploma di Maturità (5 anni)			
	Laurea attinente al profilo professionale sanitario (se non costituisce requisito di accesso al profilo)			
		n.		
Situazione personale e familiare	Figli minorenni/ maggiorenni con condizionalità grave			
	Figli minorenni			
	Familiari invalidi (100%) conviventi da almeno 1 anno			
	Situazione di vedovanza e di genitore unico con figli conviventi minorenni/ maggiorenni con disabilità grave (criterio assorbente e non cumulabile con i precedenti)			

Dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, per dichiarazioni mendaci.

Data _____

Firma _____