AZIENDA OSPEDALIERA
"S MARIA"
DI TERNI

MODULO DOMANDA – ALLEGATO A

AL **DIRETTORE GENERALE**
Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni

CODICE PROCEDURA: 10/2026

OGGETTO: Domanda interpello mobilità per compensazione

Il sottoscritto/a_____

Nato/a il_____

Residente in_____(prov_____) CAP_____

Via/Piazza_____n._____

Tel/cell_____

CHIEDE

Di partecipare all' interpello pubblicato in data_____per manifestare il proprio interesse alla mobilità compensativa nel profilo professionale di _____,

verso_____

A tal fine, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. nonché il D.L 34/2020, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. di essere in servizio a tempo pieno ed indeterminato presso_____ a far data dal_____ ;
2. di prestare la propria attività lavorativa nel profilo professionale di_____ ;
3. di avere in godimento il trattamento economico riportato nell'ultimo cedolino stipendiale allegato **con la specifica dell'incarico ricoperto e dell'eventuale differenziale economico;**
4. di [essere] / [non essere] in possesso di eventuali benefici di legge per gli appartenenti alle categorie protette e/o fruizione di benefici ex L. 104/1992;
5. di non aver subito sanzioni disciplinari nei 2 anni precedenti;
6. di non avere provvedimenti di inidoneità e/o prescrizioni alle mansioni proprie del profilo professionale cui è inquadrato/a (nel caso contrario occorre specificare la natura di tali provvedimenti e delle eventuali prescrizioni)
7. di non riportare condanne penali e non avere procedimenti penali in corso;
8. di autorizzare l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i e del Regolamento U.E. 679/2016 (GDPR), di aver preso visione e di accettare in modo pieno ed incondizionato quanto previsto dall'avviso/interpello di cui alla presente richiesta;

Si allega:

- Curriculum formativo e professionale
- Copia fronte retro di un Documento d'identità in corso di validità
- **Copia dell'ultimo CEDOLINO STIPENDIALE**

Terni, li_____

FIRMA

_____