



Azienda Sanitaria Locale CN1
Ufficio Protocollo dell'Ente
Via C. Boggio, 12 - CUNEO

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso pubblico di mobilità regionale ed interregionale
per _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

- di essere in possesso di cittadinanza italiana (ovvero di cittadinanza equiparata ai sensi di leggi vigenti ovvero di cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea);

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;

- di essere in possesso:

a) di titolo di studio: _____ conseguito il _____ presso l'istituto scolastico/l'Università di _____ con votazione _____;

b) della specializzazione nella disciplina di _____, conseguita il _____ presso _____ con votazione _____ ai sensi della legge n. _____ del _____ della durata legale di anni n. _____;

c) dell'iscrizione all'Albo/Ordine di (profilo e città) _____ con il n. di posizione _____ in data _____;

- - di essere attualmente dipendente della seguente Azienda

* _____

(* In caso di mobilità intercompartimentale va indicato lo specifico comparto di appartenenza)

in qualità di dirigente _____ disciplina _____ dal _____
presso la S.C./ Servizio _____;

- di aver superato il periodo di prova dal _____;
- rapporto di lavoro ad orario ridotto SI NO tipologia orario _____
- rapporto esclusivo SI NO
- che l'indirizzo di domicilio al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: _____
- di prestare consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196.

DICHIARA INOLTRE

Riepilogo delle assenze a vario titolo ultimo biennio (ferie escluse) _____

Ferie residue alla data attuale _____

Consistenza numerica delle assenze per malattie negli ultimi tre anni _____

Procedimenti disciplinari (ultimo biennio) _____

Esito _____

- Esito per eventuali visite sanitarie IDONEO
 IDONEO CON LIMITAZIONI
 INIDONEITA' TEMPORANEA
 INIDONEITA' PERMANENTE

Organismo che ha disposto il provvedimento:

Medico competente Commissione Medica di Verifica

Attività ex L. 266/91 _____

(attività volontariato, protezione civile, ecc.)

Appartenenza a categoria protetta SI NO

Procedimenti penali in corso _____

Condanne penali riportate _____

Godimento benefici art. 33 L. 104/92 _____

Godimento benefici art. 79 D.Lgs. 267/200 _____

(componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionali, delle comunità montane, ecc.)

Eventuali incarichi istituzionali _____

Eventuale contenzioso in atto con l'Ente di appartenenza (in caso di risposta affermativa è necessario specificare di che trattasi) _____

Eventuale accertamento sanitario in corso _____

Data _____

Firma _____