

DA COMPILARE IN STAMPATELLO

Alla Civica di Trento APSP
Via della Malpensada, 156
38123 TRENTO

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA' VOLONTARIA PER LA COPERTURA DI N. 2 POSTI NELLA FIGURA PROFESSIONALE DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO, CATEGORIA B LIVELLO EVOLUTO, A TEMPO PIENO (36 ORE SETTIMANALI) E INDETERMINATO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ provincia di _____
il _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ provincia di _____
via _____ n. _____
telefono _____ / _____
e-mail _____

presa visione dell'avviso pubblicato il 12 giugno 2017

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità volontaria per la copertura di n. 2 posti nella figura professionale di operatore socio-sanitario, categoria B – livello Evoluto, a tempo pieno (36 ore settimanali) e indeterminato ai sensi dell'art. 73 del CCPL 20.1.2003 del personale del comparto autonomie locali, area non dirigenziale.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero:

DICHIARA

- 1) di essere dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato nella figura professionale di:
_____, categoria _____, livello _____
Presso un ente pubblico cui si applica il vigente CCPL (Contratto Collettivo Provinciale di Lavoro) del personale del Comparto Autonomie locali – Area non dirigenziale, e precisamente:

(indicare l'ente di appartenenza)

- 2) di aver superato il periodo di prova;
3) di non trovarsi in alcuna posizione di incompatibilità ai sensi della legislazione vigente;
4) di possedere l'idoneità fisica all'impiego con esenzione da difetti o imperfezioni che possono influire sul rendimento del servizio;
5) di aver maturato anzianità di servizio in ruolo nella figura professionale di operatore socio-sanitario categoria B Evoluto presso l'/gli Ente/i e nel/i periodo/i sotto riportati:

(NB: sono utili solamente i periodi di servizio svolti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato)

Denominazione Ente	Categoria, livello o qualifica	Figura professionale o qualifica	Dal _____ al _____ (gg/mese/anno) (gg/mese/anno)

- 6) di aver effettuato i sottoelencati periodi di assenza non utili ai fini del calcolo del periodo valutabile come anzianità di servizio (aspettative non retribuite o permessi non retribuiti durante il servizio prestato presso gli enti sopra elencati nonché periodi di sospensione disciplinare dal servizio con privazione dello stipendio, ecc....)

Tipo di assenza	dal _____ al _____ (gg/mese/anno) (gg/mese/anno)

- 7) di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio:

- diploma di scuola media inferiore;
conseguito presso _____ in data _____;
- attestato professionale di Operatore Socio-Sanitario;
conseguito presso _____ in data _____;

- 8) che il proprio stato famiglia è così composto:

Relazione con il richiedente (coniuge, figlio/i, altro familiare)	Cognome e nome	Data di nascita	Fiscalmente a carico con riferimento all'anno 2015 SI/NO

e che il proprio reddito con riferimento all'anno 2016:

- è l'unico reddito all'interno del nucleo familiare
 non è l'unico reddito all'interno del nucleo familiare

9) che l'attuale sede di lavoro è situata:

nel comune di _____ provincia di _____
via _____ n. _____

e la propria residenza è situata:

nel comune di _____ provincia di _____
via _____ n. _____

NB: nel caso in cui il dipendente svolga la propria attività in più sedi di lavoro indicare la sede di lavoro prevalente, cioè la sede in cui viene svolto la maggior parte dell'orario di lavoro.

10) di allegare certificazione medica, attestante che la distanza tra domicilio e sede di lavoro reca pregiudizio alle condizioni di salute con riferimento al proprio handicap o alla situazione di grave debilitazione psico-fisica (certificato di data _____)

11) di godere dei benefici di cui alla L. 104/1992:

specificare il tipo di benefici _____

come da verbale rilasciato da _____

(specificare ente/soggetto competente)

in data _____

12) di non aver già ottenuto trasferimento in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria

di aver già ottenuto trasferimenti in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria:

specificare ente di provenienza e data del trasferimento

13) di essere: iscritto/a nell'elenco delle persone in disponibilità

inquadrato/a in una figura professionale dichiarata in eccedenza

14) di aver inoltrato in data _____ all'amministrazione di appartenenza copia integrale della presente domanda di partecipazione alla procedura di mobilità;

15) di non avere esonero dal turno notturno, fatte salve le norme a tutela della maternità e paternità;

16) di non avere procedimenti disciplinari in corso né avere riportato sanzioni disciplinari nei due anni precedenti la domanda;

17) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003;

Allega i seguenti documenti

curriculum formativo, redatto secondo le indicazioni presenti nel bando di mobilità;

certificazione medica di cui al punto 10 della presente domanda;

fotocopia documento di identità valido, qualora la domanda non sia sottoscritta, al momento della presentazione, alla presenza del dipendente addetto al ricevimento;

altra documentazione: _____

specificare

LUOGO E DATA

FIRMA

Riservato all'Ufficio:

ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445:

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.

Trento, _____

il/la dipendente incaricato/a

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MOBILITA'

TABELLA DESCRITTIVA DEI TITOLI FORMATIVI

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO

DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE

DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>

EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>
EVENTUALI NOTE

TITOLO DEL CORSO
DATA DI SVOLGIMENTO
ENTE PROMOTORE
DURATA DEL CORSO <u>IN ORE</u>

EVENTUALI NOTE