

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario

dell'Azienda USL n.8

Via Piero Della Francesca, 1 Loc. Su Planu

09047 Selargius – Cagliari

__I__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____ (Prov.__) il _____, residente in _____, (CAP _____), Via _____, n° _____ e domiciliat__ per la procedura in oggetto in _____(CAP _____), Via _____, n° _____ Tel. n. _____

CHIEDE

di essere ammess__ a partecipare alla mobilità regionale ed interregionale, per la copertura di **N. 20 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO -INFERMIERE- CAT. "D"**.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00,

DICHIARA

- di essere dipendente di ruolo a tempo indeterminato, nel profilo **di collaboratore professionale sanitario -infermiere- cat. "D"**, presso la seguente pubblica Amministrazione _____ con sede in _____ via _____;
- iscrizione all'Albo Professionale (ove esistente);
- di essere stato assunto in data _____ e di aver superato il periodo di prova;
- di prestare servizio presso: Strutture / P.O. / Servizio/_____ di _____;
- di essere attualmente titolare di incarico di _____ conferitomi dall'Azienda di appartenenza;
- di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo :
 - pieno
 - parziale, con percentuale lavorativa al _____% per n° _____ ore settimanali;

- di aver effettuato negli ultimi tre anni n° _____ giorni di malattia;
- godimento benefici art. 33 L. 104/92 (barrare la casella interessata)
 - si (specificare per chi) _____
 - no
- godimento benefici art. 79 D. Lgs 267/2000 (componenti dei consigli comunali, provinciali, circoscrizionali) _____
 - si _____;
 - no
- di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
- non aver in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni ovvero (specificare ipotesi contraria) _____;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/03;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Allega alla presente

- certificato di servizio con dati stipendiali.
- Curriculum formativo – professionale, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio datato e firmato.

Data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____,
consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può
andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- titoli accademici e di studio conseguiti (specializzazioni , master. Etc.)
- pubblicazioni e titoli scientifici (le pubblicazioni, esclusivamente edite a stampa, dovranno essere allegate).
- Partecipazione a corsi, convegni, etc. (indicare dettagliatamente tutti gli estremi necessari al fine di permettere una corretta valutazione degli stessi es. titolo dell'evento formativo, durata, ente erogatore dell'attività di formazione e/o aggiornamento).

ESPERIENZA LAVORATIVA

(attestare dettagliatamente)

- Servizio prestato con la qualifica di _____ presso (Ente) _____
(specificare se trattasi di struttura pubblica o privata) nella U.O. _____
con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a _____
ore, dal _____ al _____;
- Servizio prestato con la qualifica di _____ con rapporto
_____ (co.co.co; co.co.pro ; lib.professionale/etc) presso
(Ente) _____ (specificare se trattasi di struttura pubblica o privata)
nella U.O. _____ dal _____ al _____;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Usl n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere

trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari, _____

Il Dichiarante * _____

* la sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto o del responsabile del procedimento. In luogo di tali modalità di sottoscrizione il dichiarante **può allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

Il presente allegato è composto
di n° _____ fogli

Il Responsabile
(*Dr.ssa Patrizia Sollai*)

ALLEGATO DELIBERAZIONE
N. _____ DEL _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO
(*Dr. Gianluca Calabrò*) (*Dott. Ugo Storelli*)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(*Dr. Emilio Simeone*)