

DA COMPILARE IN STAMPATELLO

Spett.le

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA**

**“S. SPIRITO - FONDAZIONE MONTEL”**

Via Marconi n. 4

38057 - PERGINE VALSUGANA (TN)

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA' VOLONTARIA PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 8 POSTI A TEMPO PARZIALE A 18 ORE SETTIMANALI NELLA FIGURA PROFESSIONALE DI OPERATORE SOCIOSANITARIO, CATEGORIA B, LIVELLO EVOLUTO**

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 \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità volontaria per la copertura a tempo indeterminato di n. 8 posti a 18 ore settimanali nella figura professionale di Operatore Socio Sanitario, categoria B, livello Evoluto, 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 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
posizione retributiva 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, livello 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 _____<br>(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 _____<br>(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 richiedente<br>(coniuge, figlio/i, altro<br>famigliare) | Cognome e nome | Data di nascita | Fiscalmente a carico<br>riferimento all'anno 2018<br>SI/NO |
|---|----------------|-----------------|--|
|   |                |                 |  |
|   |                |                 |  |
|   |                |                 |  |
|   |                |                 |  |
|   |                |                 |  |

e che il proprio reddito con riferimento all'anno 2016 (dichiarazione presentata anno 2017): \_\_\_\_\_

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;

inquadrate/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;

altra documentazione: \_\_\_\_\_  
(Specificare)

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.**

**Spazio riservato all'ufficio**

Si attesta che, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R n. 445 dd. 28/12/2000, la presente domanda

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.

L'incaricato al ricevimento

Pergine Valsugana, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MOBILITA'

TABELLA DESCRITTIVA DEI TITOLI FORMATIVI

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>               |
| <b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>            |
| <b>ENTE PROMOTORE</b>                 |
| <b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b> |
| <b>EVENTUALI NOTE</b>                 |