**Allegato A**

**AL DIRETTORE GENERALE F.F.**

**AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**

**PIAZZALE GIORGIO MENGHINI, 8/9**

**06129 PERUGIA.**

Il/La sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(**Cognome** *)* (**Nome**)

**CHIEDE**

**di partecipare all’Avviso di mobilità volontaria mediante passaggio diretto, regionale ed interregionale, per titoli e colloquio, ai sensi dell’art. 30, comma 1, del D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Medico di Otorinolaringoiatria (Area Chirurgica e delle specialità chirurgiche).**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell’atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all’art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_stato civile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. A. P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti Telefonici\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la selezione

*(se diverso dalla residenza):*

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere dipendente a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nel profilo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tutt’oggi con rapporto di lavoro a tempo pieno/part time, per n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali, **(il candidato deve allegare copia dell’ultimo cedolino dello stipendio**) e di aver/non aver superato il periodo di prova in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere cittadino/a italiano/a (ovvero in possesso di requisito sostitutivo della cittadinanza italiana o di essere cittadino di Paese membro dell’Unione Europea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste medesime elettorali indicarne i motivi);*
* di non aver riportato condanne penali (*in caso affermativo specificare le condanne riportate)*, e di non avere procedimenti penali in corso;
* di non avere carichi pendenti *(in caso affermativo precisare gli eventuali carichi pendenti)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* di non avere riportato sanzioni disciplinari superiori al rimprovero verbale nell’ultimo biennio antecedente alla scadenza del bando e di non avere in corso procedimenti disciplinari;
* di essere iscritto all’Albo dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di aver prestato servizio presso le seguenti pubbliche amministrazioni *(di ruolo e non di ruolo):*

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle dipendenze di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tipologia del rapporto di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

impegno orario settimanale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di aver prestato servizio presso case di cura private convenzionate*(di ruolo e non di ruolo):*

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle dipendenze di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tipologia del rapporto di lavoro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

impegno orario settimanale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di aver goduto di N. \_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di ferie *(alla data della domanda);*
* di aver effettuato nell’ultimo triennio di riferimento N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di assenza *(escluse ferie);*
* **di avere/non avere impedimenti o limitazione di turnazione H. 24 anche per i turni di pronta disponibilità notturna e festiva**

***(in caso di impedimenti specificare i motivi):***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere/non essere stato assunto ai sensi della Legge 12 marzo 1999 n. 68 *(Azienda/profilo/decorrenza);*
* di godere/non godere dei benefici della Legge 5 febbraio 1992 n. 104;
* di aver/non avere stati di invalidità;
* di avere/non avere inidoneità temporanea**;**
* di avere/non avere idoneità con prescrizione *(ai sensi del D.lgvo n. 626/94):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **di accettare l’obbligo a permanere presso l’ Azienda Ospedaliera di Perugia per 5 anni a far data dall’immissione in servizio.**

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni in ordine ai dati riportati nella domanda sollevando l’Azienda da ogni responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del recapito indicato nella domanda.

Dichiaro altresì di manifestare consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati da parte dell’Azienda Ospedaliera di Perugia ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 “Regolamento Generale per la Protezione dei Dati” di seguito “RGPD”, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali forniti dai candidati formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Allega alla presente:

* il curriculum formativo e professionale in carta semplice, datato e firmato, redatto ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;
* risultati finali delle valutazioni individuali;
* fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
* copia dell’ultimo cedolino dello stipendio;
* n. ..… pubblicazioni allegate alla domanda in copia conforme all’ originale;
* ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini del trasferimento.

Data ……………………………

Firma

…………..………………………..

.