

Spett.le

**A.P.S.P. "REDENTA FLORIANI"**

Via Degol n. 1 – Fraz. Strigno

38059 – CASTEL IVANO (TN)

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA MOBILITA' VOLONTARIA PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 01 (UNO) POSTO A TEMPO PIENO 36 H SETT.LI (36/36) - FIGURA PROFESSIONALE DI INFERMIERE -**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

il Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

presa visione dell'avviso pubblicato il \_\_01/10/2021 giusto Prot.llo n. 4428\_\_

### **CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità volontaria per la copertura a tempo indeterminato di n. 01 (uno) posto a tempo pieno 36 h sett.li (36/36) - figura professionale di infermiere, categoria C, livello Evoluto, ai sensi degli artt. 76 e seguenti del vigente C.C.P.L. 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 C.C.P.L. (Contratto Collettivo Provinciale di Lavoro) del personale del Comparto Autonomie locali – Area non dirigenziale:

(ente) \_\_\_\_\_ (denominazione e sede) dal \_\_\_\_\_

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 Infermiere, categoria C, 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, posiz. retributiva	Figura professionale	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 \_\_\_\_\_;  
conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- laurea in infermieristica o titolo equipollente abilitante alla professione sanitaria di infermiere;  
conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

8) di essere **attualmente** iscritto/a all'Ordine Professioni Infermieristiche (O.P.I.) n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

9) di non aver / aver (**barrare l'ipotesi che non ricorre**) già ottenuto trasferimento in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria

\_\_\_\_\_

(in caso positivo specificare ente di provenienza e data del trasferimento)

10) che il proprio stato famiglia è così composto:

Relazione con richiedente (coniuge, figlio/i, altro famigliare)	Cognome e nome	Data di nascita	Fiscalmente a carico riferimento all'anno 2020 SI/NO

e che il proprio reddito con riferimento all'anno 2020 (dichiarazione presentata anno 2021):

è l'unico reddito all'interno del nucleo familiare

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

11) che l'attuale sede di lavoro 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.**

12) di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

13) di allegare opportuna 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 \_\_\_\_\_)

14) di godere/non godere (*barrare l'ipotesi che non ricorre*) dei benefici di cui alla L. 104/1992:

specificare il tipo di benefici \_\_\_\_\_

come da verbale rilasciato da \_\_\_\_\_

(specificare ente/soggetto competente)

in data \_\_\_\_\_;

15) di essere / non essere :  iscritto/a nell'elenco delle persone in disponibilità (*barrare l'ipotesi se ricorre*);

inquadrato/a in una figura professionale dichiarata in eccedenza (*barrare l'ipotesi se ricorre*);

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

17) di non avere / avere (*barrare l'ipotesi che non ricorre*) esonero dal turno notturno, fatte salve le norme a tutela della maternità e paternità;

18) di non avere / avere (*barrare l'ipotesi che non ricorre*) procedimenti disciplinari in corso né avere riportato sanzioni disciplinari nei due anni precedenti la domanda;

19)  (*spuntare*) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 679/2016.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;

eventuale e-mail pec: \_\_\_\_\_

**Allega i seguenti documenti:**

n. \_\_\_ curriculum-tabella descrittiva dei servizi prestati e dei titoli formativi, redatto secondo le indicazioni presenti nel bando di mobilità;

(*spuntare se ricorre*) certificazione medica di cui al punto 13 della presente domanda;

(*spuntare se ricorre*) 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.

Castel Ivano \_\_\_\_\_

L'incaricato al ricevimento  
\_\_\_\_\_

