

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. 3 (TRE) POSTI A TEMPO PIENO IN FIGURA PROFESSIONALE DI INFERMIERE - CATEGORIA C - LIVELLO EVOLUTO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ provincia di _____

il Codice Fiscale _____

residente a _____ provincia di _____

via _____ n. _____

telefono _____ / _____ e-mail _____

preso visione del bando di mobilità volontaria approvato con determinazione n: ____ dd. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità volontaria compartimentale o intercompartimentale, ai sensi degli artt. 76 e seguenti del vigente CCPL del Comparto Autonomie Locali, area non dirigenziale e dell'art. 30 del D. Lgs. 165/2001, per la copertura di n. 3 (tre) posti a tempo pieno in figura professionale di Infermiere – categoria C – livello Evoluto.

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 in servizio con contratto a tempo indeterminato a tempo pieno/ parziale ____/36 ore settimanali presso il seguente ente pubblico _____

dal _____ e di essere attualmente inquadrato/a in figura professionale di:

_____, categoria _____, livello _____,

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 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)

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:

☐ **Laurea in infermieristica**, appartenente alla classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o – classe L/SNT1 _____ conseguita in data _____ presso _____;

☐ **Diploma universitario di Infermiere** conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni _____ conseguito in data _____ presso _____;

☐ **Diploma o attestato conseguito in base al precedente ordinamento**, riconosciuto equipollente al diploma universitario (Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000 – gazzetta Ufficiale n. 191 del

17 agosto 2000) _____ conseguito in data
_____ presso _____

ovvero (per il titolo conseguito all'estero)

☐ di essere in possesso del titolo di _____ conseguito nello Stato di
_____ in data _____, dichiarato equipollente al titolo richiesto
di _____, con provvedimento di data
_____ rilasciato da _____;

(nel caso titolo conseguito all'estero, allego il titolo di studio medesimo tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza consolare o diplomatica italiana, o copia conforme all'originale dello stesso, con l'indicazione dell'avvenuta equipollenza con quello italiano con Decreto del Ministero della Salute);

☐ di essere iscritto all'**OPI (Ordine delle Professioni Infermieristiche)** di _____ al n.
_____;

8) 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 2018 SI/NO

e che il proprio reddito con riferimento all'anno 2023 (dichiarazione presentata anno 2024): _____

☐ 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;

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)

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196) ed ai sensi del Regolamento UE 16/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui al bando di concorso e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

Data _____

Firma leggibile _____

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

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

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

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

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

--

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

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

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

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

--

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

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

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

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

--

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

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

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

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