**Allegato A**

**FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’AVVISO**

*(indirizzo PEC ASL AL: aslal@pec.aslal.it)*

 **Al Commissario**

**dell’Azienda Sanitaria Locale AL**

 **Via Venezia, 6**

 **15121 ALESSANDRIA**

##### OGGETTO: domanda di partecipazione all’avviso di mobilità per la copertura di n. 2 posti di Collaboratore Amministrativo Professionale cat. D (anche livello economico DS) per la sede di Casale Monferrato

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, porge domanda per essere ammesso/a all’avviso pubblico di mobilità volontaria esterna

* per titoli e colloquio
* tra Aziende ed Enti del Comparto Sanità anche di Regioni diverse ed Intercompartimentale,

##### per la copertura di n. 2 posti di Collaboratore Amministrativo Professionale cat. D (anche livello economico DS) per la sede di Casale Monferrato

##### indetto da Codesta Azienda con determinazione del Responsabile f.f. S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane n. del .

##### A tale scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell’art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità dichiara:

##### di essere in possesso della cittadinanza italiana o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se del caso, dichiarare il possesso di altra cittadinanza equivalente);

##### di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi);

##### di essere dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato della seguente Amministrazione pubblica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comparto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*nel profilo professionale/qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*categoria e fascia economica dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*presso l’U.O./Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*con orario di lavoro a tempo unico/part time dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*tipologia orario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

##### di aver superato il periodo di prova dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di avere/non avere prestato (\*) altresì servizio presso Pubbliche Amministrazioni (in caso affermativo indicare gli eventuali motivi di cessazione);

##### di avere/non avere (\*) diritto di precedenza ai sensi del comma 2-bis dell’art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001 in quanto comandato presso questa Azienda e appartenente al profilo professionale per il quale è indetto avviso di mobilità;

##### di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso/di avere (\*) riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare le condanne penali riportate, anche ai sensi art. 444 CPP, la data della sentenza e l’autorità giudiziaria che le ha emesse, indicando se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione, estinzione, riabilitazione ecc.); di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere/non essere stato (\*) destinatario di procedimenti disciplinari di destituzione, decadenza o dispensa dal servizio;

##### di avere/non avere riportato sanzioni disciplinari (\*) nel corso dell’ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione dell’avviso di mobilità (in caso affermativo specificare quali);

##### di avere/non avere procedimenti disciplinari in corso (\*);

##### di avere l’idoneità sanitaria alle mansioni specifiche, piena e incondizionata a tutte le mansioni proprie del posto in oggetto/di avere (\*) le seguenti limitazioni allo svolgimento delle mansioni proprie del posto in oggetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere/non essere (\*) stato assunto ai sensi della legge 68/1999;

##### di godere/non godere (\*) dei benefici dell’art. 33 della legge 104/1992;

##### di trovarsi nella seguente particolare situazione familiare o sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### Il sottoscritto dichiara inoltre:

##### di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nell’avviso di mobilita e di accettarle senza alcuna riserva;

##### di autorizzare l’ASL AL al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/03 e dell’art. 13 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (GDPR 2016/679);

##### di indicare come segue il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso:

##### Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P.za/C.so\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.A.P.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_) Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

##### Data (firma per esteso)

**(\*)omettere la dicitura che non interessa**

Allega alla presente:

* un curriculum della propria attività professionale e scientifica redatto in carta semplice e debitamente datato e sottoscritto;
* una dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà;
* una fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
* un elenco dei titoli prodotti.