

Al Segretario Direttore
del Centro Servizi Anziani di Adria
Riviera S. Andrea, 4
45011 Adria (RO)

__I__ sottoscritt __ _____
nat_ a _____ il _____
e residente nel Comune di _____ (_____)
CAP _____ in Via _____
Codice fiscale _____ recapito telefonico n.
_____, indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di mobilità esterna per la copertura di 10 (dieci) posti di Operatore Socio Sanitario a tempo indeterminato e full-time e 2 (due) posti di Operatore Socio Sanitario part-time (24 ore settimanali), categoria giuridica B, posizione economica B1, del CCNL comparto Funzioni Locali, indetta dal Centro Servizi Anziani con decreto del Segretario Direttore n. 687/2018;

all'uopo, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di false dichiarazioni e mendaci dall'art. 76 del DPR 445/2000:

DICHIARA

- di essere dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato e _____ (full time/part-time) presso _____ in qualità di Operatore Socio Sanitario dal _____ nella categoria giuridica _____ posizione economica _____;
- di essere in possesso del titolo di studio richiesto, previsto dalla L.R. Veneto 20/2001, conseguito presso _____ in data _____;
- di aver superato il periodo di prova nell'Ente di provenienza;
- di non aver riportato nell'ultimo biennio sanzioni disciplinari e di non aver procedimenti disciplinari in corso;
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso che impediscano l'assunzione presso la pubblica amministrazione;
- di essere in possesso dell'idoneità fisica incondizionata all'impiego richiesto ed essere esente da infermità o imperfezioni che possano influire sul rendimento in servizio,

certificata dal medico competente dell'Ente di provenienza, nell'ultima visita effettuata (certificato di idoneità rilasciato in data _____);

• di essere in possesso del nulla osta alla mobilità esterna rilasciata dall'Ente di appartenenza, con il quale si autorizza il trasferimento entro i termini fissati dall'avviso.

I sottoscritt_ desidera che ogni comunicazione relativa alla presente selezione venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica:_____.

Il/la sottoscritto/a, informato sulla normativa in materia di privacy, ovvero che i dati forniti sono utilizzati per gli adempimenti relativi alla procedura di cui alla presente istanza, presta il proprio consenso al trattamento dei suoi dati.

Data _____

Firma _____

Allegati alla domanda:

- certificato di servizio comprensivo del trattamento economico, **da redigersi esclusivamente secondo modello A allegato**, nonché indicante eventuali procedimenti disciplinari conclusi o in corso;
- certificato che attesti i periodi di assenza dal servizio per malattia, aspettativa o altre analoghe casistiche effettuate nell'ultimo triennio;
- copia di un documento di identità in corso di validità;
- copia dei titoli di accesso richiesti dal presente avviso di mobilità;
- nulla osta alla mobilità esterna rilasciato dall'Ente di appartenenza di cui al punto 6 dei "*requisiti di accesso*" dell'avviso di mobilità esterna art. 30 D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii prot. 03 del 03/01/2019;
- copia dello stato di idoneità assoluta rilasciata dal medico competente di cui al punto 7 dei "*requisiti di accesso*" dell'avviso di mobilità esterna art. 30 D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., prot. 03 del 03/01/2019;
- elenco in carta semplice in duplice copia, sottoscritto dal concorrente di tutti i documenti allegati alla domanda di partecipazione;
- titoli di studio, titoli vari e curriculum professionale e formativo utili all'attribuzione del punteggio per titoli.

Il/la sottoscritto/a nato/a
a.....il

in relazione all'Avviso di mobilità esterna - Art. 30 D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., per la copertura di 10 (dieci) posti di Operatore Socio Sanitario a tempo indeterminato e full-time e 2 (due) posti di Operatore sociosanitario part-time (24 ore settimanali) Categoria giuridica B, posizione economica B1, del CCNL comparto Funzioni Locali indetto dal Centro Servizi Anziani di Adria, dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e delle decadenze stabilite dalla legge per il caso di dichiarazioni mendaci, di aver svolto i seguenti servizi:

TITOLI DI SERVIZIO

DATORE DI LAVORO (Pubblica Amministrazione) con indirizzo della Sede	MANSIONI DI OPERATORE SOCIOSANITARIO (con indicazione se tempo pieno o part-time indicando le ore settimanali)	PERIODO DI LAVORO giorno/mese/anno	TOTALE MESI
		dal ____/____/____ al ____/____/____	
		dal ____/____/____ al ____/____/____	
		dal ____/____/____ al ____/____/____	
		dal ____/____/____ al ____/____/____	
Datore di lavoro attuale:			
Trattamento economico attuale:			
Procedimenti disciplinari conclusi o in corso:			

_____ li _____

(firma)