

Alla DIREZIONE GENERALE
 dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria
 "Maggiore della Carità"
 S.S. Gestione Giuridica del Personale
 corso Mazzini n° 18
 28100 – NOVARA

Il sottoscritto _____ chiede di essere ammesso a partecipare all'avviso di mobilità presso l'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara per la copertura di: _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), dichiara:

- di essere nato a _____ il _____;
- di essere residente a _____ in via _____ n° _____
- tel. n° _____ indirizzo e-mail (certificata e ordinaria): _____
- e di indicare come domicilio presso il quale inviare ogni comunicazione (non compilare se corrispondente alla residenza)
- _____;
- di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso _____;
- di essere inquadrato nel profilo professionale di _____ e di prestare servizio presso la Struttura di _____;
- di possedere l'incondizionata idoneità fisica al servizio e alla mansione;
- di godere/di non godere dei benefici previsti dalla Legge n. 104/1992;
- di godere/di non godere dei benefici previsti ex art. 79 del D.Lgs. n. 267/2000 (mandato di natura politica);
- di essere collocato/di non essere collocato in distacco sindacale a tempo pieno o parziale;
- l'insussistenza/la sussistenza di procedimenti disciplinari in corso;
- di avere/di non aver riportato condanne penali;

Il sottoscritto allega altresì:

- copia dell'ultimo cedolino stipendiale/dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al trattamento economico in godimento;
- fotocopia fronte e retro di documento di identità personale in corso di validità.

Il sottoscritto ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 allega alla presente domanda a pena di esclusione:

- a) Curriculum formativo e professionale (All. 2)

Il sottoscritto autorizza l'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara, al trattamento di tutti i dati forniti con la presente istanza per tutte le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella presente domanda.

 (Firma)

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
La presente attestazione ha valore di dichiarazione sostitutiva

Il sottoscritto.....
codice fiscale.....nato ail.....
.residente in vian.
e-mail telefono

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità, dichiara i seguenti stati, fatti e qualità personali.

ESPERIENZE PROFESSIONALI (indicare azienda o ente; tipo di rapporto di lavoro; tempo determinato o indeterminato; qualifica; categoria; data inizio e fine rapporto di lavoro; tempo pieno o part-time - impegno orario settimanale, strutture presso cui si è operato e relativi periodi, incarichi particolari ricevuti e se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/79).

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (titolo di studio, data di conseguimento, istituto, valutazione)

ALTRI TITOLI (corsi di aggiornamento: luogo, argomento, data; docenze: materia, istituto, ore lezione, etc)

PUBBLICAZIONI ED ALTRA PRODUZIONE SCIENTIFICA (titolo, rivista, autori, anno e impact factor-abstracts, poster, atti di congresso, capitoli di libri etc.)

Luogo e data _____

Firma

.....