

**Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone"
di Palermo**

presso Area Gestione Risorse Umane

Ufficio Concorsi

Via Enrico Toti, 76, Cap. 90128 Palermo

Il/la Sottoscritto/a _____ chiede di partecipare all'avviso di mobilità volontaria ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001, indetto da codesta Azienda, per n. 1 Dirigente Medico, nella disciplina dell' Ortopedia e Traumatologia con delibera n. 1197 del 23/11/2011

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR n. 445/2000 oltre alla decadenza dei benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

1) di essere nato/a a _____ il _____ e di risiedere a _____
_____ (CAP. _____) in Via _____

n. _____ tel _____;

2) di possedere il seguente codice fiscale _____;

3) di essere di stato civile _____ (figli n. _____),

4) di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente (indicarla _____);

5) di essere/ non essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;

6) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;

7) di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali o di aver i seguenti procedimenti penali in corso _____);

8) di essere in possesso del titolo di studio _____ conseguito in
data _____ presso _____;

9) di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione in _____

- conseguito in data _____ presso _____ ;
- 10) di essere tuttora iscritto al n. _____ dell'Albo/Ordine dei _____ della
Provincia/Regione _____ a decorrere
dal _____ ;
- 11) di essere attualmente dipendente a tempo indeterminato della seguente Azienda/Ente _____
_____ a far data dal _____ ;
- 12) di essere attualmente inquadrato nel profilo professionale di _____,
disciplina _____ dal _____, sede di
lavoro _____, U.O. _____, con il seguente incarico
_____, rapporto di lavoro part time ___ SI ___ NO, (dal _____), rapporto
esclusivo ___ SI ___ NO;
- 13) di aver superato il periodo di prova nel profilo professionale attualmente ricoperto;
- 14) di non aver subito misure disciplinari nell'ultimo biennio e di non aver procedimenti disciplinari pendenti;
(ovvero dichiarare le misure adottate nei propri confronti e i procedimenti in corso) _____ ;
- 15) il riepilogo delle assenze a vario titolo negli ultimi 2 anni (escluse le ferie) _____ ;
- 16) le ferie residue alla data della presentazione della domanda _____ ;
- 17) la consistenza numerica delle assenze per malattie negli ultimi 2 anni _____ ;
- 18) l'esito di eventuali visite per idoneità: - idoneo senza restrizioni Inidoneità : - Temporanea -Permanente;
Organismo che ha disposto il provvedimento: - Medico Competente - Collegio Medico legale;
Eventuale accertamento sanitario in corso _____ ;
- 19) lo svolgimento di attività ex L. 266/1991 (volontariato, protezione civile, ecc) _____ ;
- 20) l'appartenenza a categoria protetta: - SI - NO; in caso affermativo specificare: _____ ;
- 21) il godimento dei benefici ex art. 33 L. 104/1992 - ___ SI - ___ NO;
- 22) il godimento dei benefici ex art. 79 D. Lgs. N. 267/2000 (componenti consigli comunali, provinciali, ecc.)
___ SI ___ NO;
- 23) la copertura di eventuali incarichi istituzionali o sindacali _____ ;

24) di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di avviso e di accettarle senza riserva alcuna;

25) di accettare, in caso di mobilità, tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico del personale del Comparto Sanità;

26) di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente procedura, sensi del D. Lgs. n. 196/2003;

27) di impegnarsi a comunicare, per iscritto eventuali variazioni del recapito, riconoscendo che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario e chiede che tutte le comunicazioni riguardanti la selezione vengano indirizzate a:

Dott. / Dott.ssa: _____

Via _____

Comune di _____

(Prov. _____) Cap _____ Tel. _____.

- Alla presente allega :

- Curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
- Elenco degli eventuali documenti presentati, in triplice copia, datato e firmato;
- Copia autenticata nelle forme di legge, degli eventuali documenti e titoli che intende presentare ai fini della valutazione, (ovvero dichiarazioni sostitutive – modulo B e/o modulo C allegati);
- Copia non autenticata e firmata di valido documento di riconoscimento;

Data _____

Firma
