

FAC / SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale
ASST Pini CTO
Piazza C. Ferrari 1
20122 MILANO

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso di mobilità volontaria, per titoli e colloquio selettivo, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di ASSISTENTE SOCIALE (PROFESSIONISTA DELLA SALUTE – RUOLO SOCIOSANITARIO)

A tal fine, a ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/200 per le ipotesi di falsità di atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA:

- 1) di essere nato/a a _____ il _____ ;
- 2) di risiedere in _____ Prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____ ;
- 3) di essere dipendente , con contratto di lavoro subordinato, a tempo indeterminato presso la seguente Azienda _____ con sede in _____ dal _____
- 4) di essere inquadrato nel profilo di _____ cat. _____ con la seguente tipologia oraria _____ (indicare tempo pieno/tempo parziale e articolazione oraria).
- 5) di aver superato il periodo di prova presso la propria Amministrazione;
- 6) di aver prestato i seguenti servizi/incarichi _____

_____ ;
- 7) di essere in posizione di comando / di fuori ruolo presso il seguente Ente _____ (cancellare la / le condizioni che non si verificano)
- 8) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine Professionale _____ della Provincia di _____ al n. _____ a partire dal _____ (cancellare se non esistente) ;

- 9) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso (in caso contrario indicare le condanne riportate);
- 10) di non aver avuto sanzioni disciplinari nell'ultimo biennio (in caso affermativo specificare quali e le relative motivazioni) e di non aver procedimenti disciplinari in corso (in caso affermativo specificato quali);
- 11) di essere in possesso (o di non essere in possesso) della piena idoneità fisica al posto da ricoprire e di non aver (o di avere) prodotto istanza alla propria Azienda di riconoscimento di inidoneità, totale o parziale allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo di appartenenza;
- 12) di autorizzare l'ASST Pini CTO al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento generale (UE) n. 2016/679;
- 13) il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione:
- Via _____ n. _____ CAP _____
Comune _____ Prov. _____ Tel. _____
indirizzo e-mail _____ .

In caso di mancata indicazione vale la residenza. Il candidato assume l'onere di comunicare tempestivamente ogni successivo cambiamento del suddetto domicilio.

__L__ sottoscritt__ esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e s.m.i., nonché del Regolamento Europeo n. 679/2016, per gli adempimenti connessi alla presente procedura di mobilità.

Luogo _____ data ____/____/____

(Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)

Firma per esteso del dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ il _____ e residente a

_____,
consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, della responsabilità penale cui
posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi,

dichiaro:

- di prestare servizio presso l'Azienda: (indicare Ente/Azienda / Datore di lavoro, con indirizzo completo,
con indicazione se pubblica, privata o accreditata con Servizio Sanitario Nazionale)

- nel profilo di : _____ Cat. _____

con contratto di lavoro a tempo indeterminato con la seguente tipologia oraria settimanale _____

dal _____ indicare esattamente la data di inizio (gg/mm/aa) indicando eventuali
interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.)

– di prestare/avere prestato presso l'Azienda: (indicare Ente/Azienda / Datore di lavoro, con indirizzo
completo, con indicazione se pubblica, privata o accreditata con Servizio Sanitario Nazionale)

- nel profilo di : _____ Cat. _____

☐ a tempo indeterminato, ☐ a tempo determinato, ☐ con contratto di lavoro stipulato con agenzia
interinale _____,

☐ contratto libero prof.le, ☐ borsista. ☐ volontario, ☐ ricercatore,

☐ altro: _____

indicare la tipologia del rapporto di lavoro

☐ con impegno orario settimanale di ore _____ indicare l'impegno orario settimanale

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

indicare esattamente la data di inizio e di conclusione dell'attività (gg/mm/aa) indicando eventuali
interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.)

Dichiaro, altresì, di essere informato, e di autorizzare la raccolta dei dati personali ai sensi delle disposizioni vigenti, consapevole che gli stessi saranno essere raccolti presso la U.O.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento concorsuale per il quale vengono resi, ovvero nel caso di costituzione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto stesso, ai sensi delle disposizioni del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento generale (UE) n. 2016/679.

Luogo _____, data _____

il dichiarante _____

(allegare fotocopia documento di identità)

SCHEDA INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ cap _____ prov. _____
Via. _____ n. _____

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000:

Di aver conseguito i seguenti titoli di studio/qualifiche/specializzazioni:

Di aver prestato le seguenti attività lavorative presso Enti Pubblici:

specificare ente di appartenenza, qualifica, eventuale disciplina, data inizio e fine servizio, il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno/part-time con indicazione della tipologia oraria)

Di aver prestato le seguenti attività lavorative retribuite presso strutture private:

specificare ente di appartenenza, qualifica, data inizio e fine servizio, il tipo di rapporto di lavoro (tempo pieno/part-time con indicazione della tipologia oraria)

Di aver prestato le seguenti attività formative attinenti la qualifica rivestita:

esempio: attività svolta in qualità di volontario, in tal caso indicare con precisione tutti gli elementi indispensabili alla valutazione (tipologia dell'attività, periodo e sede di svolgimento della stessa)

Di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento e formazione:

ad esempio partecipazione a corsi/convegni di aggiornamento attinenti la qualifica rivestita. In tal caso specificare titolo, luogo, data, durata, ente organizzatore, eventuale esame finale, qualità di partecipazione

di aver acquisito le seguenti competenze attinenti il posto da conferire:

(indicare strutture organizzative di assegnazione e principali attività svolte)

di essere/di non essere beneficiario di permessi ex art. 33 Legge 104/92 o di congedo biennale retribuito ex art. 42 comma 5 Legge 151/01.

__L__ sottoscritt__ esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo n. 679/2016, per gli adempimenti connessi alla presente procedura di mobilità.

Luogo _____ data ____/____/____

Firma per esteso del dichiarante _____

(Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 19 e art. 47 del D.P.R. n. 445/00),

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il

_____ a _____ e residente in _____

_____ via _____, sotto

la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e della conseguente possibile decadenza dai benefici, dichiara la conformità all'originale dei seguenti documenti, in suo possesso:

(elencare i documenti).

__L__ sottoscritt__ esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo n. 679/2016, per gli adempimenti connessi alla presente procedura di mobilità.

Luogo _____ data ____/____/____

Firma per esteso del dichiarante _____

(Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)