

Foglio informativo per la procedura di mobilità (da allegare alla domanda di mobilità)

Con riferimento alla richiesta di trasferimento presso codesta Azienda Ospedaliera mediante procedura di mobilità per n. 1 posto di **Dirigente Medico di** _____

il/la sottoscritto/a _____

ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara quanto segue:

- di essere nato/a il _____ a _____
- di risiedere a _____ in Via _____ n. ____
- di essere domiciliato/a a _____ in Via _____ n. ____
- recapito telefonico _____ e-mail _____
- di avere il seguente codice fiscale: _ _ _ _ _
- di prestare servizio a tempo indeterminato presso la seguente amministrazione:

_____ nella posizione funzionale di: _____

_____ della disciplina di: _____

con rapporto di lavoro: esclusivo
 non esclusivo
 a regime pieno (38 ore settimanali)
 a tempo ridotto per n. ____ ore settimanali

con incarico dirigenziale ai sensi dell'art. 27 del C.C.N.L. 08.06.2000 Dirigenza del SSN: _____

- Data di assunzione _____ a tempo indeterminato dal _____
- Sede di lavoro _____
- Di aver superato il periodo di prova nella posizione funzionale/disciplina di attuale inquadramento in data _____
- Di aver conseguito il seguente titolo di studio _____

 In data _____ presso _____
- Di aver conseguito il seguente diploma di specializzazione in _____ in data _____ presso _____
- Di essere iscritto all'Ordine _____ di _____ al n. _____ a decorrere dal _____
- Di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
- Di aver riportato le seguenti condanne penali _____
- Che è in corso procedimento disciplinare
- Che non è in corso procedimento disciplinare
- Che è stato adottato il seguente provvedimento disciplinare: _____

- Che è in atto contenzioso inerente provvedimenti di inquadramento (giuridico o economico)
- Che non è in atto contenzioso inerente provvedimenti di inquadramento (giuridico o economico)

- Di appartenere alla seguente categoria protetta: _____
- Di non appartenere a categoria protetta

- Di aver ricevuto l'assenso al trasferimento da parte dell'Amministrazione di appartenenza

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità all'assegnazione presso qualsiasi sede dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda.

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, il/la sottoscritto/a dichiara infine di essere a conoscenza che la non veridicità del contenuto delle predette dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle stesse.

Data _____

Firma _____

Documentazione allegata:

- Curriculum (studi – esperienze lavorative e professionali – formazione – aggiornamento – etc..).
- Autocertificazione dello stato di servizio giuridico ed economico con indicazione di ogni dato relativo alla retribuzione (vedi modulo allegato)
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma _____