

**Al Direttore  
Società della Salute Amiata Senese  
e Val d'Orcia Valdichiana Senese  
Via Provinciale n. 5  
53045 MONTEPULCIANO (SI)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
chiede di essere ammesso a partecipare all'Avviso di mobilità, per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto nel profilo di **Assistente Amministrativo Cat. C** ( o profilo equivalente) riservato al personale degli enti consorziati, emesso con Del. Assemblea dei Soci della Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia Valdichiana Senese n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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

- Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- Di essere residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- Di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_
- Di essere inquadrato/a nel profilo di \_\_\_\_\_ – cat. \_\_\_\_\_
- Di aver superato il periodo di prova;
- Di non aver raggiunto i limiti anagrafici e/o contributivi per il collocamento a riposo;
- Di essere in possesso della piena idoneità alla mansione, fermo restando il relativo accertamento da parte di questa Azienda in caso di accoglimento dell'istanza di mobilità;
- Di non aver subito sanzioni disciplinari superiori al rimprovero verbale nell'ultimo biennio né di avere in corso procedimenti disciplinari;
- Di non aver riportato nell'ultimo biennio valutazioni negative.

Chiede che ogni comunicazione inerente l'Avviso di mobilità venga inviata al seguente indirizzo:

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
e mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nell'avviso di mobilità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei suindicati recapiti.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

- curriculum professionale e formativo, datato e firmato, formulato come dichiarazione sostitutiva e compilato secondo lo schema allegato;
- copia di valido documento di identità;
- elenco in carta semplice di tutta la documentazione allegata.

Il/la sottoscritto/a dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi eventuali dati sensibili, forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura di mobilità, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## FOGLIO NOTIZIE PER LA PROCEDURA DI MOBILITA'

Il/La sottoscritto/a

Cognome..... Nome.....

Luogo di nascita..... data di nascita.....

Residenza.....CAP..... in Via.....

.....n..... Domiciliato.....CAP.....

in Via..... n..... tel.....

e.mail.....

ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti ( art. 76 DPR 445/2000), dichiara quanto segue:

Azienda o Ente di provenienza.....

Profilo Professionale.....

Ruolo Area.....

( allegare dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà concernente lo stato di servizio con trattamento economico)

Data di assunzione ( a tempo indeterminato ).....

Sede di lavoro attuale.....

Rapporto di lavoro part time SI.....(dal.....) NO.....

Tipologia orario.....

Titolo di Studio.....

1) superamento periodo di prova SI NO (data superamento stimata.....)

2) Riepilogo delle assenze a vario titolo ( escluso le ferie) negli ultimi 3 anni

.....

3) Ferie residue alla data attuale.....

4) Procedimenti disciplinari..... Esiti.....

5) Idoneità alla mansione: SI SI con limitazioni

NO, temporanea NO, permanente

6) Attività ex L. 266/91.....

( attività di volontariato, protezione civile etc.)

7) Appartenenza a categorie protette: SI ( specificare.....) NO

8) Procedimenti penali in corso.....

9) Condanne penali riportate.....

10) Godimento benefici art. 33 L.104/92.....

11) Godimento benefici art. 79 D.Lgs. 267/2000.....

( componenti dei consiglio comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionali ecc.)

12) Incarichi istituzionali ( con aspettative per funzioni pubbl. elettive).....

13) Incarichi sindacali ( con aspettativa/distacco sindacale).....

14) Contenzioso in atto inerente provvedimenti di inquadramento.....

15) Accertamento sanitario in corso.....

N.B. Tutti i campi devono essere compilati anche in caso di risposta negativa

Il/la sottoscritto/a autorizza il Consorzio SdS Valdichiana Amiata Senese e Val d'Orcia Valdichiana Senese al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e normati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura e nell'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Data.....

Firma leggibile.....

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**  
**FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000**  
**(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ)**

Il/la sottoscritto/a .....  
 nato/a a ..... il .....  
 residente in Via/Piazza ..... n .....  
 Località ..... Prov. .... CAP .....  
 consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non  
 veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria personale  
 responsabilità

**DICHIARA**

i seguenti stati, fatti e qualità personali:

**Titoli di studio:**

Diploma Scuola Secondaria 2° grado.....  
 Laurea in .....  
 conseguita presso.....  
 in data .....; Durata corso anni .....

**(N. B. in caso di più Lauree, ripetere il presente schema)**

**Per titolo conseguito all'estero:**

titolo di studio  
 .....  
 conseguito presso (indicare istituto e luogo) ..... in data  
 .....  
 e riconosciuto equipollente al titolo italiano da (indicare autorità  
 competente)..... in data ..... prot. n.  
 .....

**Altro** (master, dottorato di ricerca, etc,  
 etc.) .....  
 .....  
 conseguita/o presso .....  
 in data .....

**(N.B. Schema da riprodurre per ogni altro titolo di studio)**

**Esperienze lavorative e/o professionali:**

Azienda / Ente (indicare esatta denominazione): .....  
 Ufficio/direzione: .....  
 Tipologia (indicare se pubblico/privato/privato accreditato o convenzionato): .....  
 Dal (gg/mm/aaaa) ..... al (gg/mm/aaaa) .....  
 Profilo professionale (indicare esatta denominazione, disciplina e tipologia del rapporto in caso di  
 co.co.co ..... e/o ..... prestazione  
 d'opera):..... categoria.....  
 .....

A tempo indeterminato / a tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)  
 A tempo pieno / a tempo parziale (indicare n. ore settimanali o percentuale): .....  
 Ricorrono / non ricorrono (cancellare l'ipotesi che non interessa solo in caso di servizi presso SSN)

le condizioni di cui all'art. 46 ultimo comma D.P.R. 761/1979

Indicare eventuali periodi di interruzione del servizio per aspettativa/congedo / altre assenze non retribuite:

dal (gg/mm/aaaa) ..... al (gg/mm/aaaa) .....

Motivazione dell'assenza .....

**(Schema di riprodurre per ciascun servizio prestato)**

**Pubblicazioni /abstract / poster / altro presentate (indicare se originale, copia conforme o altro):**

Titolo: .....

Autori .....

Rivista scientifica / altro .....

Originale/copia conforme/file PDF (cancellare le ipotesi che non interessano)

**(Schema di riprodurre per ciascuna pubblicazione presentata)**

**Attività di docenza svolte:**

Corso .....

Materia di insegnamento:.....

Ente.....

**Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc:**

Titolo del Corso .....

Ente Organizzatore / Luogo di svolgimento.....

Data/e di svolgimento..... Ore complessive n. ....

Modalità di svolgimento (indicare se come uditore o come relatore; con esame finale o senza; se con ECM e quanti): .....

Il sottoscritto dichiara inoltre che le fotocopie eventualmente allegate sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Luogo e data .....

FIRMA

.....