

**Al Direttore
della Società della Salute Senese
Via Pian d'Ovile 9/11 – 53100 - Siena**

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 **Collaboratore Amministrativo Professionale cat. D**, riservato al personale degli enti consorziati, emesso con determinazione del Direttore della Società della Salute Senese n. 117 del 31.05.2021,
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 Amministrazione 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.

Il/la sottoscritto/a dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data _____

FIRMA _____

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:

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 (esclusa la maternità):

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.....
.....
Anno/periodo Ore docenza n.

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 allegare sono conformi agli originali in suo possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nel presente curriculum corrisponde al vero.

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità.

Luogo e data

FIRMA

.....