

**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. 2 posti nel profilo di **Assistente Amministrativo cat. C**, riservato al personale degli enti consorziati, emesso con determinazione del Direttore della Società della Salute Senese n. 81 del 16.05.2022,

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 possedere il seguente titolo di studio _____
conseguito presso _____ in data _____
- di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso _____
dal _____
nel profilo professionale _____ – 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 riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
- di non essere stato interdetto dai pubblici uffici né destituito ovvero licenziati o dispensato dall'impiego presso una Pubblica amministrazione;
- di non aver subito sanzioni disciplinari superiori al rimprovero verbale nell'ultimo quinquennio 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 PEC _____

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nell'avviso di mobilità.

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:

.....
conseguito presso.....
in data

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 (laurea, 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:**

Titolo:

Autori

Rivista scientifica / altro
(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

.....