

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA
Via Ravona n. 20
22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -**

Il/la sottoscritto/a _____

C H I E D E

di poter partecipare all'avviso pubblico per la copertura, mediante mobilità volontaria in entrata _____

di n. ____ post ____ di _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

1. ☐ di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda / Ente _____
con la qualifica di _____

2. ☐ di essere nato/a a _____ (prov. di _____)
il _____

3. ☐ di essere residente in _____
_____ (prov. di _____) C.A.P. _____
Via _____ n. ____ Tel. _____

4. per i cittadini italiani:
☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
per i cittadini degli altri Paesi:
☐ di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza
ovvero (specificare i motivi in caso negativo) _____

5. ☐ di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
☐ di avere subito le seguenti condanne penali _____
☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
presso il Tribunale di _____

6. ☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

7. ☐ di essere iscritto/a all'albo / ordine professionale _____ di _____ al n. _____
8. ☐ di aver prestato i servizi come specificati nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata alla presente domanda la quale costituisce parte integrante della stessa
9. ☐ di non essersi assentato/a dal servizio, per malattia e nell'ultimo anno (calcolato a ritroso dalla data di scadenza del bando), per più di 30 giorni complessivi
10. ☐ di aver superato il periodo di prova previsto dalla vigente normativa presso l'ente di provenienza
11. ☐ di essere collocato/a in distacco sindacale a tempo pieno o parziale
12. ☐ di essere stato assunto/a in forza della Legge n. 68/1999
13. ☐ di usufruire dei benefici di cui all'art. 33 della Legge 104/1992
14. ☐ di usufruire dei benefici di cui all'art. 79 della Legge 267/2000
15. ☐ di non avere procedimenti disciplinari in corso
- ☐ di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso _____
- _____
- ☐ di avere avuto l'irrogazione delle seguenti sanzioni disciplinari _____
- _____
- irrogate con provvedimenti in data _____
16. ☐ di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo ad avviso
17. ☐ di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione _____
- _____
18. ☐ che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente avviso pubblico.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.

Il/la sottoscritto/a, chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:

via/piazza _____ **n.** _____ **C.A.P.** _____

Città _____ **(Prov. di** _____ **)**

PEC o CEC – PAC (intestata al sottoscritto) _____

Il sottoscritto avendo indicato l'indirizzo di PEC o CEC- PAC accetta che stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.

Data _____

FIRMA

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445
--

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate
--

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____
--

rilasciato il _____ da _____
