

ATTENZIONE: Prima di compilare il modulo di DOMANDA di partecipazione, leggere attentamente l'AVVISO DI MOBILITA'

Spettabile
A.P.S.P. "San Gaetano"
Via Sottsass 11
38037 PREDAZZO (TN)
E-mail: info@apspangaetano.it
Pec: apspangaetano@legalmail.it

Oggetto: Domanda di partecipazione alla procedura di mobilità volontaria per la copertura a tempo indeterminato per n. 4 (quattro) "Infermieri Professionali" della Categoria C – Livello Evoluto – 1^ posizione retributiva, a tempo pieno (36 h settimanali) così distribuiti:

- n. 2 posti a tempo pieno 36/36 presso l'A.P.S.P. San Gaetano – Predazzo (TN) Via E. Sottsass n. 11;
- n. 2 posti a tempo pieno 36/36 presso l'A.P.S.P. di Fassa – San Giovanni di Fassa (TN) Strada di Prè de Lejia n. 12

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____, prov. ____
il ____/____/____ Cod. Fisc. _____ residente in Via _____, n. ____ C.A.P. _____, città, _____ prov. ____
telefono fisso _____ cellulare _____
Indirizzo PEC: _____
Indirizzo email: _____

presa visione del bando di mobilità, di cui alla determinazione n. 153/2021

CHIEDE

di partecipare alla procedura di mobilità volontaria per la copertura a tempo indeterminato per n. 4 (quattro) "Infermieri Professionali" della Categoria C – Livello Evoluto – 1^ posizione retributiva, a tempo pieno (36 h settimanali) così distribuiti:

- n. 2 posti a tempo pieno 36/36 presso l'A.P.S.P. San Gaetano – Predazzo (TN) Via E. Sottsass n. 11;
- n. 2 posti a tempo pieno 36/36 presso l'A.P.S.P. di Fassa – San Giovanni di Fassa (TN) Strada di Prè de Lejia n. 12

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

DICHIARA (barrare la casella interessata)

1. di essere **attualmente** dipendente a tempo indeterminato dal ____/____/____ nella figura professionale di _____, categoria ____, livello ____, posizione retributiva ____, presso la seguente pubblica amministrazione, di cui all'art. 1, co. 2 del D.Lgs. 65/2001 e s.m.i. (denominazione esatta): _____

appartenente al comparto _____, a cui si applica il seguente contratto collettivo di lavoro: _____;

- 2. **di aver superato il periodo di prova** per il contratto di lavoro di cui al punto precedente;
- 3. di aver prestato i seguenti servizi:

a) presso enti privati (in caso di insufficienza degli spazi, allegare fogli ulteriori)

Denominazione datore di lavoro	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	Tempo det./indet.	Orario sett.le	Figura prof.le	Causa risoluzione rapporto di lavoro

b) presso pubbliche amministrazioni (in caso di insufficienza degli spazi, allegare fogli ulteriori)

Denominazione datore di lavoro	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	Tempo det./indet.	Orario sett.le	Figura prof.le	Causa risoluzione rapporto di lavoro

- 4. di aver effettuato i sottoelencati **periodi di assenza non utili ai fini del calcolo del periodo valutabile come anzianità di servizio** (aspettative non retribuite o permessi non retribuiti durante il servizio prestato presso gli enti sopra elencati nonché periodi di sospensione disciplinare dal servizio con privazione dello stipendio, etc.):

Tipologia assenza	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)

- 5. che l'attuale sede di lavoro è situata nel comune di _____
prov. |_|_| via _____ n. |_|_|_|

E

che la propria residenza è situata: nel comune di _____

prov. |_|_| via _____ n. |_|_|_|

NB: nel caso in cui il dipendente svolga la propria attività in più sedi di lavoro indicare la sede di lavoro prevalente, cioè la sede in cui viene svolto la maggior parte dell'orario di lavoro

6. che il suo stato di famiglia è il seguente:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA	A CARICO*

*: Si intende familiare FISCALMENTE A CARICO, come rilevabile da dichiarazione dei redditi anno precedente

E

che il proprio reddito (ultima dichiarazione presentata):

è l'unico reddito all'interno del nucleo familiare;

NON è l'unico reddito all'interno del nucleo familiare;

7. di essere iscritto/a in **elenco di persone in disponibilità** dell'Amministrazione (denominazione esatta):

_____;

8. di essere inquadrato/a in **figura professionale dichiarata in eccedenza** dell'Amministrazione (denominazione esatta):

_____;

9. di NON aver già ottenuto trasferimento in esito a **precedenti procedure di mobilità volontaria**;

OPPURE

di aver già ottenuto trasferimento in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria, indicare:

Ente di provenienza: _____;

Ente di destinazione: _____;

Trasferito dal |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

10. di non avere limitazioni alle mansioni inerenti al posto da ricoprire né di avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere un'inidoneità seppur parziale;

11. di non avere esonero dal turno notturno, *fatte salve le norme a tutela della maternità e paternità*;

12. di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

13. **di aver inoltrato in data** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| **copia integrale della presente domanda** di partecipazione alla procedura di mobilità volontaria all'amministrazione di appartenenza;

14. **di non avere procedimenti disciplinari in corso**;

15. **di non avere riportato sanzioni disciplinari superiori al richiamo scritto nei 2 (due) anni precedenti la presente domanda**;

16. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea triennale in infermieristica.

Diploma universitario di infermiere.

Diploma di infermiere dichiarato equipollente dal D.M. 27/07/2000.

Conseguito presso: _____

in data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| con voto _____

(in caso di titolo di studio conseguito all'estero, allego il titolo di studio medesimo tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza consolare o diplomatica italiana, o copia conforme all'originale dello stesso, con l'indicazione dell'avvenuta equipollenza con quello italiano);

17. di essere iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche della provincia di: _____ al n. _____ dal |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|;

18. di NON essere sottoposto a provvedimenti sospensivi da parte dell'ordine di appartenenza;

OPPURE

di essere sottoposto a provvedimenti sospensivi da parte dell'ordine di appartenenza, indicare numero provvedimento |_|_|_|_|_|_|_| e durata dal |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| al |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|;

19. di godere **OPPURE** di NON godere dei benefici di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (specificare i benefici): _____, come da verbale rilasciato da _____ in data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|;

20. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di: _____ prov. |_|_|

OPPURE

di NON essere iscritto/a o essere stato/a cancellato/a dalle liste elettorali medesime per i seguenti motivi: _____;

21. di godere dei diritti civili e politici; di NON godere

22. di essere consapevole del fatto che, con riferimento agli ultimi 5 anni precedenti all'eventuale assunzione, l'essere stati destituiti o licenziati da una pubblica amministrazione per giustificato motivo soggettivo o per giusta causa o l'essere incorsi nella risoluzione del rapporto di lavoro in applicazione dell'art. 32 quinquies, del codice penale o per mancato superamento del periodo di prova nella medesima categoria e livello a cui si riferisce l'assunzione, comporta l'impossibilità ad essere assunti;

23. **Precedenza in caso di conoscenza della lingua ladina (solo per Apsp di Fassa).** Limitatamente ai posti messi a concorso per l'APSP DI FASSA, il possesso dell'attestato di conoscenza della lingua ladina di livello B2 o superiore, ottenuto ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. 16.12.1993 n. 592 e s.m.i. e dell'art. 18 e s.m. della L.P. 19.06.2008 n. 6, costituisce titolo di precedenza assoluta per l'assunzione.: di essere in possesso dell'attestato di conoscenza della lingua ladina di livello _____ conseguito in data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|;

24. di voler ricevere esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica ogni comunicazione inerente al concorso (salvo le comunicazioni per le quali il bando prevede unicamente la pubblicazione sul sito internet della Apsp):

Indirizzo PEC (CONSIGLIATO): _____

Indirizzo email: _____

con impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione successiva stesso mezzo;

25. di aver letto e di accettare incondizionatamente quanto riportato nel bando di mobilità volontaria prot. n. |_|_|_|_| del data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

ALLEGATI

In originale o in copia della quale si dichiara la conformità all'originale:

- Fotocopia documento d'identità in corso di validità;
- CURRICULUM VITAE in formato europeo debitamente DATATO E SOTTOSCRITTO***, con evidenza chiara ed univoca dei titoli che saranno oggetto di valutazione, come specificato nella sezione "Modalità di formazione della graduatoria di mobilità" del bando di mobilità volontaria
- Altro: _____

Il sottoscritto, inoltre:

- acquisite le informazioni di cui al Regolamento Europeo 679/2016, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui al bando di concorso;
- si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni successivamente occorse nei propri dati sopra riportati ed esonera l'Azienda da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità;
- è consapevole che l'Apsp non si assume alcuna responsabilità per errori, inesattezze o incompletezza dei dati indicati, che potranno comportare conseguenze negative a livello di valutazione e di attribuzione di punteggio.

Data _____

Firma _____

(a pena di esclusione)

QUALORA LA PRESENTE DOMANDA NON VENISSE FIRMATA DAVANTI AL FUNZIONARIO ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, DOVRÀ ESSERE ALLEGATA COPIA, ANCHE NON AUTENTICATA, DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ.

Si attesta che la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.*
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.*

L'incaricato al ricevimento, _____