**Allegato A**

**FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’AVVISO**

*(indirizzo PEC ASL AL: aslal@pec.aslal.it)*

 **Al Direttore Generale**

**dell’Azienda Sanitaria Locale AL**

 **Via Venezia, 6**

 **15121 ALESSANDRIA**

OGGETTO: domanda di partecipazione all’avviso di mobilità a n. 1 posto di Dirigente Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, porge domanda per essere ammesso/a all’avviso pubblico di mobilità volontaria esterna

* per titoli e colloquio
* tra Aziende ed Enti del Comparto Sanità anche di Regioni diverse ed Intercompartimentale,

##### per la copertura di n. 1 posto di Dirigente Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)

##### indetto da Codesta Azienda con determinazione S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane n. 261 del 19.04.2019.

##### A tale scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell’art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità dichiara:

##### di essere in possesso della cittadinanza italiana o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(se del caso, dichiarare il possesso di altra cittadinanza equivalente);

##### di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi);

##### di essere dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato della seguente Amministrazione pubblica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comparto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*in qualità di Dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disciplina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*presso l’U.O./Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*con il seguente incarico dirigenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare se Struttura Semplice, Incarico professionale, incarico meno cinque anni o posizione iniziale)*

*con orario di lavoro a tempo unico / orario ridotto del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*a rapporto esclusivo /non esclusivo*

##### di aver superato il periodo di prova dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere tuttora iscritto all’albo professionale dell’Ordine/Collegio dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con posizione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di prestare e aver presto servizio in qualità di Dirigente Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C) presso le seguenti strutture: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di avere / non avere prestato (\*) altresì servizio presso Pubbliche Amministrazioni (in caso affermativo indicare gli eventuali motivi di cessazione);

##### di avere / non avere (\*) diritto di precedenza ai sensi del comma 2-bis dell’art. 30 del D.Lgs. n. 165/2001 in quanto comandato presso questa Azienda e appartenente al profilo professionale per il quale è indetto avviso di mobilità;

##### di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso / di avere (\*) riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare le condanne penali riportate, anche ai sensi art. 444 CPP, la data della sentenza e l’autorità giudiziaria che le ha emesse, indicando se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione, estinzione, riabilitazione ecc.); di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere / non essere stato (\*) destinatario di procedimenti disciplinari di destituzione, decadenza o dispensa dal servizio;

##### di avere / non avere riportato sanzioni disciplinari (\*) nel corso dell’ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione dell’avviso di mobilità (in caso affermativo specificare quali);

##### di avere / non avere procedimenti disciplinari in corso (\*);

##### di avere l’idoneità sanitaria alle mansioni specifiche, piena e incondizionata a tutte le mansioni proprie del posto in oggetto, ivi compresa la turnistica sulle 24 ore e la pronta disponibilità / di avere (\*) le seguenti limitazioni allo svolgimento delle mansioni proprie del posto in oggetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere / non essere (\*) stato assunto ai sensi della legge 68/1999:

##### di godere / non godere (\*) dei benefici dell’art. 33 della legge 104/1992;

##### di trovarsi nella seguente particolare situazione familiare o sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere/non essere (\*) in possesso di assenso preventivo e incondizionato al trasferimento espresso dall’Azienda cedente o di avere/ non avere (\*) presentato all’Azienda richiesta di assenso preventivo e incondizionato, e di non avere ancora ricevuto formale riscontro NEGATIVO in merito al trasferimento.

##### Il sottoscritto dichiara inoltre:

##### di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nell’avviso di mobilita e di accettarle senza alcuna riserva;

##### di autorizzare l’ASL AL al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/03 e dell’art. 13 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (GDPR 2016/679);

##### di essere disponibile ad essere assegnato in base alle esigenze aziendali nell’ambito territoriale dell’ASL AL;

##### di indicare come segue il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso:

##### Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P.za/C.so\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.A.P.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_) Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

##### Data (firma per esteso)

**(\*)omettere la dicitura che non interessa**

Allega alla presente:

* un curriculum della propria attività professionale e scientifica redatto in carta semplice e debitamente datato e sottoscritto;
* una dichiarazione sostitutiva di certificazione/ atto di notorietà;
* una fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
* un elenco dei titoli prodotti.

Allegato B

Facsimile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA’

**(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000**)

L. 183 del 12.11.2011

# Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

 (luogo) (prov.) (indirizzo)

*consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell’art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità*

## D I C H I A R A:

* di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio (1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di aver partecipato ai seguenti corsi (2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di aver prestato i seguenti servizi (3): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di godere presso l’Amministrazione di appartenenza del seguente trattamento economico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ovvero di allegare copia dell’ultimo cedolino stipendiale;
* di avere effettuato nell’ultimo triennio n. \_\_\_\_\_\_ assenze per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che le copie delle seguenti pubblicazioni e/o altri titoli, allegati, alla presente dichiarazione e di seguito elencati, sono conformi agli originali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* risultati finali delle valutazioni espresse dal Collegio Tecnico/Nucleo di valutazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinchè i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dell’art. 13 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (GDPR 2016/679), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo, data)

###  IL DICHIARANTE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Gli interessati devono allegare una copia non autenticata del proprio documento di riconoscimento in corso di validità).

***Note per la compilazione****:*

1. Si intendono titoli di studio ulteriori rispetto a quello richiesto per l’accesso alla qualifica. Qualora l’interessato dichiari di avere conseguito titolo di studio, qualifiche, specializzazioni, abilitazioni, dovrà dichiarare anche data, luogo, istituto di conseguimento.
2. Qualora l’interessato dichiari la partecipazione a corsi, convegni, congressi o seminari, dovrà indicare l’oggetto degli stessi, la Società o Ente organizzatore, le date in cui si sono svolti, la durata, se il dichiarante vi ha partecipato in qualità di uditore o relatore e se era previsto un esame finale.
3. Qualora l’interessato dichiari di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni, presso case di cura convenzionate o accreditate o presso privati, dovrà indicare: denominazione completa della pubblica amministrazione o della casa di cura o del privato presso cui ha prestato servizio, la qualifica rivestita, il periodo in cui ha prestato servizio (indicare la data di inizio e fine servizio), le eventuali interruzioni (aspettative, congedi, ecc.) con indicazione dei periodi, la tipologia di rapporto di lavoro (libero-professionale, convenzionato o dipendente; in quest’ultimo caso indicare se si tratta di rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno a part-time). In caso di servizio presso case di cura convenzionate o accreditate indicare se il rapporto di lavoro è continuativo. Qualora il servizio sia prestato presso aziende o enti del servizio sanitario nazionale, indicare se ricorrono le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio.