**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO** DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MOBILITA’ INTERNA (ORDINARIA) VOLONTARIA, PER SOLI TITOLI, PROFILO PROFESSIONALE OPERATORE SOCIO SANITARIO, CATEGORIA B – LIVELLO ECONOMICO BS. PER IL TRASFERIMENTO INTERNO PRESSO ALTRA U.0.C./U.0.S.D./U.0.S DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI APPARTENENZA.

(DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE E DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE, PREFERIBILMENTE DATTILOSCRITTA).

Alla Dirigente Professioni Sanitarie

Azienda USL di Teramo

Dr.ssa Giovanna M. Pace

Piazza Italia n. 6

64100 TERAMO

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare alla mobilità (interna) ordinaria volontaria, per soli titoli, per Operatore Socio Sanitario, categoria B – livello economico BS presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare UNA SOLA sede di servizio – U.O.C- U.O.S.D U.O.S- per cui si chiede il trasferimento)*

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**:**

* di chiamarsi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_, CAP. \_\_\_\_;

FAC-SIMILE

* di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso l’Azienda USL di Teramo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- cat. \_\_\_\_\_\_\_, Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere stato dichiarato dal Collegio Medico delle UU.SS.LL. o dal medico competente aziendale, fisicamente “non idoneo” ovvero “idoneo con prescrizioni particolari” alle mansioni del profilo oggetto della mobilità o per i quali, comunque risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso in termini di esonero parziale o totale da turni, servizi notturni e festivi, pronta disponibilità, attività di reparto, attività di sala operatoria, etc.;
* di essere / di non essere beneficiario di norme in favore di portatori di handicap ai sensi della L.104/1992 e s.m.i;
* di appartenere / non appartenere a categorie protette ai sensi della L.68/1999 e s.m.i;
* di non avere subito nell’ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso condanne penali o provvedimenti disciplinari superiori alla censura;
* di avere prestato i servizi di cui all’allegata documentazione probatoria;
* di indicare la seguente e-mail aziendale ove ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso di mobilità: [\_\_\_\_\_\_\_\_\_@aslteramo.it](mailto:_________@aslteramo.it) e il seguente recapito telefonico: Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

Allega la seguente documentazione:

* Curriculum formativo e professionale datato, firmato e redatto, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. dal quale si evincono: titoli di studio, esperienza professionale, attività didattica, formazione professionale, ect;
* Copia del documento di riconoscimento;
* Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà, datata, firmata e redatta, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i;
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione datata, firmata e redatta, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i;
* N. \_\_\_\_\_\_\_\_ pubblicazioni, abstract, poster, ect

Data \_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO**

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE** |

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con riferimento all’istanza di partecipazione alla mobilità interna (ordinaria) volontaria, per soli titoli, per Operatore Socio Sanitario, categoria B – livello economico BS, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare UNA SOLA sede di servizio – - U.O.C- U.O.S.D U.O.S - per cui si chiede il trasferimento)*, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;

informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

**DICHIARA**

di non essere stato dichiarato dal Collegio Medico delle UU.SS.LL. o dal medico competente aziendale, fisicamente “non idoneo” ovvero “idoneo con prescrizioni particolari” alle mansioni del profilo oggetto della mobilità o per i quali, comunque risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso in termini di esonero parziale o totale da turni, servizi notturni e festivi, pronta disponibilità, attività di reparto, attività di sala operatoria, etc;

FAC-SIMILE

di non avere subito nell’ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso condanne penali o provvedimenti disciplinari superiori alla censura;

di avere prestato i servizi di cui all’allegata documentazione probatoria;

**di avere la seguente situazione familiare e/o sociale:**

❑ avere n. \_\_\_ figlio/i minorenne/i (*indicare cognome, nome e data di nascita);*

❑ di essere titolare dei benefici di cui alla Legge 104/’92 a favore del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare cognome,*

*nome, data di nascita e residenza)* ovvero a favore del sottoscritto;

di essere in possesso della qualifica di Operatore Socio Sanitario (**OSS)** conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:

Attestati di partecipazione a congressi, convegni, aggiornamenti, ecc…. (**Ai fini della valutazione è necessaria una dettagliata descrizione)**

* denominazione del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolto nel/i giorno/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Crediti E.C.M. N. \_\_\_\_\_\_;
* denominazione del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolto nel/i giorno/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Crediti E.C.M. N. \_\_\_\_\_\_;

altra idonea documentazione da cui sia possibile dedurre attitudini professionali in relazione alle mansioni da svolgere:

di essere in possesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

componente Gruppo di lavoro finalizzato alla redazione della Procedura/Istruzione Operativa:

Titolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data redazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. interessata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

componente di Gruppi di lavoro finalizzati alla redazione di procedure operative:

Titolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data redazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. interessata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(luogo e data) Il dichiarante

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

**N.B.** La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Si precisa, inoltre, **che per una corretta e puntuale valutazione dei titoli è consigliabile allegare fotocopia semplice di tutti i titoli che il candidato intende far valere**, corredata da copia del documento di riconoscimento.

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(artt.19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con riferimento all’istanza di partecipazione alla mobilità interna (ordinaria) volontaria, per soli titoli, per Operatore Socio Sanitario, categoria B – livello economico BS, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare UNA SOLA sede di servizio – U.O.C- U.O.S.D U.O.S - per cui si chiede il trasferimento)*, ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;

informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

**DICHIARA**

* **di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso l’Azienda USL di Teramo - P.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_\_, a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

❑ **a tempo pieno** ❑ **a part-time – N. ore settimanali \_\_\_\_\_;**

* di aver prestato i seguenti servizi:

|  |
| --- |
| * dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cat. \_\_\_\_\_\_\_\_ (ex \_\_\_qualifica funzionale)   FAC-SIMILE   * presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   ❑ Ente Pubblico ❑ Struttura privata ❑ Struttura privata convenz. SSN ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_ **(da specificare)**  con la seguente tipologia di contratto:  ❑ lavoro subordinato ❑ libero professionale ❑ collaborazione coordinata e continuata  ❑ agenzia interinale ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(da specificare)**   * N. ore sett.li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all’ultimo comma dell’ 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.   ***(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all’attribuzione del relativo punteggio)***  ***(DUPLICARE IL RIQUADRO IN CASO DI NECESSITÀ E PER DICHIARARE PERIODI DI SERVIZIO DIFFERENTI)*** |

- di essere l’autore delle le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autore/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riferimento bibliografici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia semplice conforme agli originali in suo possesso.**

* Altri titoli:

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

- Dichiara che le seguenti copie sono conformi all’originale:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

(luogo e data) Il dichiarante

**N.B.** La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica, fronte/retro, di un documento di identità del sottoscrittore.

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una amministrazione dello Stato.

**Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso all’avviso, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni**