

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO** DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MOBILITÀ VOLONTARIA (DALL'ESTERNO), PER TITOLI E COLLOQUIO, RISERVATO A N. 1 ASSISTENTE SOCIALE (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI) CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO IN SERVIZIO PRESSO I COMPARTI DI CUI AL CCNQ 3/8/2021.

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

Al Sig. Direttore Generale  
dell'Azienda USL di Teramo  
Circonvallazione Ragusa n. 1  
64100 TERAMO

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare alla mobilità volontaria (dall'esterno), per titoli e colloquio, per n. 1 posto di Assistente Sociale (area dei professionisti della salute e dei funzionari).

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. \_\_\_\_\_;
- di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ nella posizione funzionale di \_\_\_\_\_ - disciplina \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della professionalità specifica in \_\_\_\_\_ (*precisare la professionalità specifica in possesso qualora richiesta dall'avviso*);
- 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 aver superato il periodo di prova;
- 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 eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa al presente avviso: Sig. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, tel. n. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, PEC: \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

Allega la documentazione indicata nell'unito elenco descrittivo.

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 volontaria (dall'esterno), per titoli e colloquio, per n. 1 posto di Assistente Sociale (area dei professionisti della salute e dei funzionari) 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;

### D I C H I A R A

- 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 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:**
  - di ricongiungersi al coniuge \_\_\_\_\_ (*indicare cognome, nome, data di nascita, domicilio e residenza se diversa dal domicilio*) residente nella Provincia di Teramo;
  - avere n. \_\_\_ figlio/i minorenni/i (*indicare cognome, nome e data di nascita domicilio e residenza se diversa dal domicilio*) residenti nella Provincia di Teramo;
  - avere n. \_\_\_ figli o n. \_\_\_ genitori inabili residenti nella Provincia di Teramo,
  - di essere Donna vittima di violenza ex art. 1-ter D.Lgs. 165/2001 in possesso del provvedimento dell'autorità Giudiziaria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - Esigenze di salute gravi e documentate \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del titolo di studio in \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio:  
\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:  
Attestati di partecipazione a congressi, convegni, aggiornamento, diplomi di specializzazione, formazione, qualificazione tecnica, 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 di \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(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 NOTORIETÀ

(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 volontaria (dall'esterno), per titoli e colloquio, per n. 1 posto di Assistente Sociale (area dei professionisti della salute e dei funzionari), 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;

#### D I C H I A R A

- di essere in possesso della professionalità specifica in \_\_\_\_\_ (*precisare la professionalità specifica in possesso qualora richiesta dall'avviso*);
- essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_  
 a tempo pieno     a part-time – N. ore settimanali \_\_\_\_\_;
- Di aver prestato i seguenti servizi:

<ul style="list-style-type: none"><li>• dal _____ al _____</li><li>• in qualità di _____</li><li>• disciplina di _____</li><li>• presso _____ <input type="checkbox"/> Ente Pubblico   <input type="checkbox"/> Struttura privata   <input type="checkbox"/> Casa di cura privata convenz. SSN   <input type="checkbox"/> Altro _____ (<b>da specificare</b>) con la seguente tipologia di contratto: <input type="checkbox"/> lavoro subordinato   <input type="checkbox"/> libero professionale   <input type="checkbox"/> collaborazione coordinata e continuata <input type="checkbox"/> specialistica ambulatoriale   <input type="checkbox"/> Altro _____ (<b>da specificare</b>)</li><li>• N. ore sett.li _____</li></ul> <p>- dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell' art. 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.</p> <p><i>(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all'attribuzione del relativo punteggio)</i></p> <p><b>(DUPLICARE IL RIQUADRO IN CASO DI NECESSITÀ)</b></p>
--

- Dichiara le seguenti pubblicazioni:

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

Autori: \_\_\_\_\_

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

**delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia semplice unitamente alla dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 di conformità all'originale.**

- 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.**