**ALLEGATO A – SCHEMA DI DOMANDA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammesso alla MOBILITA’ INTERNA ORDINARIA VOLONTARIA per titoli e colloquio riservata al personale dipendente a tempo indeterminato dell’Azienda USL appartenente all’Area dei Professionisti della Salute e Funzionari – Ruolo Sanitario INFERMIERE

**DICHIARA**

di essere dipendente a tempo indeterminato appartenente all’area dei Professionisti della salute e Funzionari – Ruolo INFERMIERE presso l’Azienda USL di Ferrara e di essere attualmente assegnato/a presso il seguente Servizio/Articolazione Organizzativa Aziendale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di avere superato il periodo di prova

**ovvero**

* di NON avere superato il periodo di prova
	+ di aver usufruito di processi di mobilità negli ultimi 36 mesi

**ovvero**

* + di NON aver usufruito di processi di mobilità negli ultimi 36 mesi

**Anzianità di servizio:**

Indicare di seguito i periodi di servizio (NO contratti di lavoro atipici: libera prof.ne, co.co.co, interinali ecc.) nello stesso profilo professionale a bando nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) oppure allegare il Certificato Stato di Servizio, scaricabile dal portale del dipendente GRU.

*Si precisa che lo Stato di Servizio scaricabile da GRU registra solamente il servizio prestato nel SSR, ogni servizio prestato al dì fuori della Regione Emilia Romagna, dovrà essere autocertificato.*

Il servizio a tempo determinato è equiparato al servizio a tempo indeterminato.

Qualifica/profilo prof.le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso l’Azienda/Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal (gg/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (gg/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto di lavoro □ part- time a n. \_\_\_\_ ore settimanali □ full time

Qualifica/profilo prof.le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso l’Azienda/Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal (gg/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (gg/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto di lavoro □ part- time a n. \_\_\_\_ ore settimanali □ full time

Qualifica/profilo prof.le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso l’Azienda/Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal (gg/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (gg/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto di lavoro □ part- time a n. \_\_\_\_ ore settimanali □ full time

Qualifica/profilo prof.le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso l’Azienda/Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal (gg/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (gg/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto di lavoro □ part- time a n. \_\_\_\_ ore settimanali □ full time

*(Aggiungere righe se necessario)*

**Situazione personale, familiare e sociale:**

* + di essere in uno dei seguenti stati, purché con figli minori conviventi: vedovo/a, separato/a legalmente, divorziato/a, ragazzo padre/madre;
	+ di essere portatore di handicap in situazione di gravità;
	+ di essere soggetto titolare di benefici di cui alla L. 104/92 e s. m. per assistenza a persona con handicap grave;
	+ di avere la gestione di n. \_\_\_\_\_\_ figli minori di 14 anni (indicare il numero);

**Residenza (indicare la distanza tra la sede attuale di assegnazione e residenza/domicilio – calcolo sola andata, utilizzando il regolamento sulle trasferte del personale dell’Azienda USL di Ferrara):**

* + distanza inferiore a 20 Km
	+ distanza tra i 21 e 50 Km
	+ distanza superiore a 50 Km

**Esperienze Formative:**

Indicare di seguito il possesso di eventuali titoli di studio (Laurea Magistrale o Specialistica, Master Universitari, Corsi di Alta Formazione ecc.).

Il Curriculum Formativo dovrà invece essere scaricato dal portale del dipendente GRU – Formazione – Corsi Attestati – Scarica autocertificazione ed allegato all’interno del form on line per la presentazione delle domande nell’apposita sezione.

E’ possibile allegare altra documentazione relativa a corsi di aggiornamento e formazione attinenti degli ultimi 10 anni di cui si chiede valutazione.

Dichiaro il possesso dei seguenti titoli di studio:

TITOLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITOLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITOLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Aggiungere righe se necessario)*

* che il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere inviata ogni necessaria comunicazione è il seguente:

COGNOME E NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

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