

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 – ASSISTENTE SANITARIO

DICHIARA

di essere dipendente a tempo indeterminato appartenente all'area dei Professionisti della salute e Funzionari – ASSISTENTE SANITARIO

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 settore pubblico. 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):

- ☐ distanza inferiore a 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 (Corsi ECM) 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.

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 _____