



Ill.mo **DIRETTORE GENERALE**
dell'A.S.S.T. degli Spedali Civili
P.le Spedali Civili, 1
25125 – BRESCIA

Il/La sottoscritto/a chiede di partecipare all'avviso di mobilità
per n..... posto/i di
C.F.;

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nat.... a il
- b) di essere residente in..... cap
via n°
- c) di non avere condanne penali né procedimenti penali in corso;
- d) di non aver subito provvedimenti disciplinari negli ultimi cinque anni;
- e) di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale
.....
disciplina
presso l'Azienda
- f) di non essere stato dichiarato dai competenti organi sanitari fisicamente "non idoneo" ovvero
"idoneo con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo di appartenenza o di non avere
comunque limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo;
- g) di non essere stato assente dal servizio per malattie per un periodo pari o superiore a 18 mesi
nell'ultimo triennio ovvero di essere stato assente per le seguenti particolari circostanze di cui allega
documentazione
- h) di accettare incondizionatamente la destinazione proposta dall'Azienda senza esclusione di alcun
profilo orario.
- i) di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:
.....
comune (cap.....)
telefono..... e-mail:

Data

Firma



Foglio informativo per la procedura di mobilità (da allegare alla domanda di mobilità)

Con riferimento alla richiesta di trasferimento presso codesta A.S.S.T. mediante procedura di mobilità per n. _____ posti di _____,

Il/La sottoscritto/a _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000,

Dichiara

Di essere nato il ____/____/19____ a _____

Di risiedere a _____ in Via _____ n. _____

Di essere domiciliato a _____ in Via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Amministrazione di appartenenza _____

Profilo professionale _____

Disciplina _____

categoria/tipologia di incarico _____ fascia _____

Rapporto di lavoro: tempo pieno

part time (indicare percentuale oraria) _____

orizzontale

verticale

misto

Data di assunzione _____ a tempo indeterminato dal _____



Sede di lavoro _____

Titolo di studio _____ conseguito il _____

Presso _____

Specializzazione _____ conseguita il _____

Presso _____

Superamento periodo di prova in data _____

Iscrizione Albo/Ordine professionale della Provincia di _____ con il numero _____

dalla data del _____.

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità alla destinazione proposta dall'A.S.S.T. Spedali Civili di Brescia.

Data, _____

Firma _____



**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la Signor.....

nat.....a.....il.....

residente avia.....n.....

titolare del seguente documenton.....

rilasciato da il

ai sensi dell'art.47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulle circostanze indicate, per

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

Che le copie allegare relative a:

.....
.....
.....
.....

sono conformi all'originale.

.....

(luogo e data)

(il dichiarante)

NB: Nel caso la presente dichiarazione non sia resa in presenza di un pubblico funzionario, l'interessato è tenuto ad allegare copia semplice del documento d'identità

Attesto che il dichiarante Signor.....

ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione

IL FUNZIONARIO INCARICATO

.....

Data.....

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.



**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a.....nat....a
il.....residente a.....via.....n.....
documento di riconoscimento..... n.....
rilasciato dail.....
consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso
di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

(1)

di essere in possesso del seguente titolo di studio:
.....conseguito presso.....
con sede in..... in datavotazione

di essere iscritto/a nell'albo/elenco/ordinedella Provincia di
.....al n. dal

(2)

di essere in possesso del Diploma di Specializzazione nella disciplina
.....conseguito presso.....
con sede in..... in datavotazione
ai sensi del D.Lgs. n. numero legale anni di corso

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

luogo

data

(il/la dichiarante)

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

- (1) Segnare le ipotesi che interessano.
- (2) Specificare se specializzazione conseguita ai sensi del Dlgs 257/91 e numero legale anni di corso.



**DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

(IN CASO DI PIU' SERVIZI UTILIZZARE PIU' MODULI)

Il/la Signor.....nat.....a.....
ilresidente a.....Via.....
documento di riconoscimenton.....
rilasciato da.....il.....
consapevole delle sanzioni penali. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

di avere prestato / di prestare attività lavorativa presso:

Azienda/Ente ⁽¹⁾

Da:(gg/mm/aa inizio) A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi)

Qualifica

Disciplina Categoria

(per Medici) (per comparto)

dipendente a tempo:con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato) (pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ore lavorative/settimanali

Azienda/Ente ⁽¹⁾

Da:(gg/mm/aa inizio) A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi)

Qualifica

Disciplina Categoria

(per Medici) (per comparto)

dipendente a tempo:con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato) (pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ore lavorative/settimanali

Azienda/Ente ⁽¹⁾

Da:(gg/mm/aa inizio) A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi)

Qualifica

Disciplina Categoria



ASST Spedali Civili

(per Medici)

(per comparto)

dipendente a tempo:con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato)

(pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ore lavorative/settimanali

Azienda/Ente ⁽¹⁾

Da:(gg/mm/aa inizio) A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi)

Qualifica

Disciplina Categoria

(per Medici)

(per comparto)

dipendente a tempo:con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato)

(pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ore lavorative/settimanali

Azienda/Ente ⁽¹⁾

Da:(gg/mm/aa inizio) A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi)

Qualifica

Disciplina Categoria

(per Medici)

(per comparto)

dipendente a tempo:con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato)

(pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ore lavorative/settimanali

Azienda/Ente ⁽¹⁾

Da:(gg/mm/aa inizio) A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi)

Qualifica

Disciplina Categoria

(per Medici)

(per comparto)

dipendente a tempo:con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato)

(pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ore lavorative/settimanali



ASST Spedali Civili

Azienda/Ente ⁽¹⁾

Da:(gg/mm/aa inizio) A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi)

Qualifica

Disciplina Categoria

(per Medici) (per comparto)

dipendente a tempo:con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato) (pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ore lavorative/settimanali

Azienda/Ente ⁽¹⁾

Da:(gg/mm/aa inizio) A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi)

Qualifica

Disciplina Categoria

(per Medici) (per comparto)

dipendente a tempo:con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato) (pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ore lavorative/settimanali

Azienda/Ente ⁽¹⁾

Da:(gg/mm/aa inizio) A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi)

Qualifica

Disciplina Categoria

(per Medici) (per comparto)

dipendente a tempo:con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato) (pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ore lavorative/settimanali

Il/La sottoscritt... dichiara che le sono state attribuite: funzioni di coordinamento (specificare).....

Posizione Organizzativa (specificare)

A sensi a decorrere dal..... fino a

Il/La sottoscritt... dichiara che gli sono stati conferiti i seguenti incarichi:

dirigenziale di struttura (specificare)

di natura professionale,studio/ricerca (specificare).....



A sensi a decorrere dal..... fino a

Il/La sottoscritt... dichiara di aver usufruito di un periodo di aspettativa senza assegni dal
al..... per motivi.....

Il/La sottoscritt... dichiara altresì che ricorrono / non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del
D.P.R. 20/12/79 n. 761. (2)

.....

luogo

data

(il/la dichiarante)

Informativa ai sensi dell'art.10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

- (1) Specificare se Azienda del SSN o Struttura Convenzionata/Accreditata o Pubblica Amministrazione o Istituto Privato
- (2) Ultimo comma art. 46 D.P.R. 761/79 "La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superiore il 50 per cento".