



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AD AVVISO DI MOBILITA' INTERNA PER L'AUSL DI IMOLA**

*Al Direttore del Dipartimento Amministrativo e Tecnico
Dott.ssa Maria Teresa Donattini*

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Tel. _____ cell. _____
Indirizzo di posta elettronica _____
Residente a _____ via _____

CHIEDE

di partecipare alla mobilità interna per l'AUSL DI IMOLA per il seguente posto:

- **n.1 posto presso DAT – Attività Amministrative Trasversali DAT_DG (AATDD),**

DICHIARA

di essere dipendente dell'Ausl di Imola con un contratto di lavoro a tempo indeterminato e con un rapporto di lavoro _____ (indicare se tempo pieno o part time);

- di essere inquadrato nel profilo professionale di:

Collaboratore Amministrativo-professionale settore _____

Collaboratore Amministrativo professionale senior settore _____

di essere in servizio presso _____;

di essere in possesso delle seguenti situazioni di disagio (come indicato nella tabella allegata):

A tal fine allega il proprio curriculum formativo professionale e chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo e secondo le seguenti modalità:

mediante posta elettronica all'indirizzo e-mail aziendale: _____;

mediante posta elettronica al seguente indirizzo e-mail personale/ PEC
_____;

Data, _____

Firma _____

**SCHEDA CURRICULUM
AUTOCERTIFICAZIONE - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(DPR 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46 e 47)**

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ residente a _____ in _____

Domicilio (solo se diverso da indirizzo di residenza) _____

-consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
-consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA':

SERVIZI PRESTATI IN QUALITA' DI DIPENDENTE, PRESSO L'AUSL DI IMOLA:

| <u>Profilo professionale</u> | <u>Dal ...</u> | <u>al.....</u> | <u>Servizio di assegnazione</u> | <u>Rapporto di lavoro</u> <u>(tempo determinato.</u> <u>tempo indeterminato.</u> |
|------------------------------|----------------|----------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SITUAZIONI DI DISAGIO :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Data, _____ firma _____

N.B.: ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO