

Il/La sottoscritt _____
chiede di partecipare all'Avviso di mobilità volontaria compartimentale ed intercompartimentale, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo indeterminato e a tempo pieno di **n. 2 posti di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE – EDUCATORE PROFESSIONALE - CAT. D/DS – RUOLO SANITARIO – DA ASSEGNARE AL DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA** per lo svolgimento delle attività inerenti la promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali, come di seguito indicato:

- n. 1 posto presso la sede di Morbegno
- n. 1 posto presso la sede di Breno (Valcamonica)

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, **DICHIARA** sotto la propria responsabilità:

(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)

1. di essere nato/a a _____ (Prov. di _____) il _____
2. di essere residente a _____ (C.A.P. _____)
in via _____ n. _____
n. telefono abitazione _____ n. telefono cellulare _____
indirizzo e-mail _____
3. di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
4. di essere dipendente a tempo indeterminato dal _____ presso
_____ nel profilo professionale di _____
_____ Cat. _____
con rapporto di lavoro a: tempo pieno
 tempo parziale al %
5. di avere superato il periodo di prova;
6. di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
 di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego con limitazioni;
7. di essere iscritto all'Albo Professionale degli Educatori Professionali
 di non essere iscritto all'Albo Professionale degli Educatori Professionali
8. di appartenere alla seguente categoria protetta _____

9. di non essere a conoscenza di aver procedimenti penali in corso;
10. di aver procedimenti penali in corso;
11. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

12. di aver riportato le seguenti condanne penali e di essere stato destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa: _____
_____;
13. non aver subito procedimenti disciplinari in corso e/o non avere ricevuto sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura negli ultimi due anni antecedenti la data di scadenza del bando;
14. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera l'ATS della Montagna da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:
Via _____ n° _____
Cap. _____ Città _____ Prov. (_____)
Indirizzo di posta elettronica certificata _____
15. che i documenti allegati sono conformi agli originali in proprio possesso, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445;
16. che quanto dichiarato nel curriculum formativo e professionale risponde a verità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445;
17. di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

Si allega alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale, datato e debitamente sottoscritto
- documento di identità, in corso di validità
- _____
- _____

Luogo e data _____

FIRMA (*)

(*) La domanda deve essere sottoscritta davanti al dipendente addetto a ricevere la documentazione, oppure, presentata o inoltrata già sottoscritta, unitamente alla copia fotostatica non autenticata del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante medesimo.

SOTTOSCRIZIONE APPOSTA AI SENSI DEGLI ARTT. 38, 39 E 47 DEL D.P.R. 28.12. 2000 N. 445:

SOTTOSCRIZIONE IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

VISTO, per la sottoscrizione apposta in mia presenza

_____, lì _____

IL DIPENDENTE ADDETTO

OVVERO

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

(Domanda presentata o inoltrata già sottoscritta, **unitamente a copia fotostatica non autenticata di documento di identità, in corso di validità**, del dichiarante medesimo).