**ALLEGATO “C”**

**SCHEMA DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MOBILITA’ VOLONTARIA, AI SENSI DELL’ART. 30 DEL D.LGS. 165/2001, PER LA COPERTURA DI N. 47 POSTI VACANTI, PER L’ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE UNICA DI RISPOSTA (NUE 1-1-2), INDIVIDUATI CON DELIBERAZONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1694 DEL 10 DICEMBRE 2018**

ALL’ AGENZIA REGIONALE SANITARIA

VIA G. DA FABRIANO, 3

60125 ANCONA

Il/La sottoscritto/a

(*Cognome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*Nome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.ro di telefono e/o cellulare

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

Eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posta elettronica certificata personale (PEC personale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indirizzo per le comunicazioni (*solo se diverso dalla residenza*)**

Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di essere ammesso/a alla procedura selettiva di mobilità volontaria, ai sensi dell’articolo 30 del D.Lgs. 165/2001, indetta con decreto n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la copertura di complessivi n. 47 posti del personale del comparto, a tempo pieno e indeterminato, con riferimento alla categoria giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profilo professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (denominazione per esteso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relativo alla/e posizione/i lavorativa/e numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’articolo 1, comma 1, dell’avviso. **(La non corretta e/o mancata indicazione della/e posizione/i lavorativa/e determinano la non ammissibilità dell’istanza)..**

Allo scopo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 della medesima legge:

**DICHIARA**

**(contrassegnare la casistica di appartenenza)**

* di essere dipendente dell’amministrazione pubblica (*specificare denominazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Comparto Funzioni locali, inquadrato attualmente nella categoria giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, oggetto di selezione, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con profilo professionale (*specificare denominazione*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato:
	+ - a tempo pieno dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		- a tempo parziale con percentuale del \_\_\_\_\_\_\_% dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**dichiarazione** **da allegare, vedi lettera d** )

e di svolgere le seguenti attività (*indicare esclusivamente quelle riconducibili al profilo professionale per cui si concorre e previste nell’ordinamento professionale della Regione Marche di cui all’Allegato “B” dell’avviso.*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* + - di essere dipendente delle pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del D. Lgs. n. 165/2001,(specificare Amministrazione)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, , inquadrato attualmente in categoria/area/livello (specificare posizione giuridica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ equiparata a quella della categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, oggetto di selezione, con profilo professionale (specificare denominazione)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ad accesso iniziale nella fascia retributiva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare F1 o F2, solo per l’Area II del comparto Ministeri) con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato:

a tempo pieno dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a tempo parziale con percentuale del \_\_\_\_\_\_\_% dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(**dichiarazione** **da allegare, vedi lettera d**)

e di svolgere le seguenti attività (indicare esclusivamente quelle riconducibili al profilo professionale per cui si concorre e previste nell’ordinamento professionale della Agenzia Regionale Sanitaria di cui all’Allegato “B” dell’avviso):

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

* + - di aver prestato servizio di ruolo con contratto a tempo determinato presso una pubblica amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del D. Lgs. n. 165/2001 nella categoria/Area/livello, di attuale appartenenza, come di seguito indicato:

(*specificare categoria/Area/livello*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ percentuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - di aver prestato servizio di ruolo con contratto a tempo indeterminato presso una pubblica amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del D. Lgs. n. 165/2001 nella categoria/Area/livello, di grado immediatamente inferiore rispetto a quella attuale, come di seguito indicato:

(*specificare categoria/Area/livello*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ percentuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - di aver prestato servizio di ruolo con contratto a tempo determinato presso presso una pubblica amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del D. Lgs. n. 165/2001 nella categoria/Area/livello, di grado immediatamente inferiore rispetto a quella attuale, come di seguito indicato:

(*specificare categoria/Area/livello*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ percentuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - che la propria residenza anagrafica è nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*la residenza deve essere* ***posseduta da almeno due anni****. In caso contrario va indicata la residenza precedentemente posseduta*) e la sede attuale di lavoro è sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
		- che il proprio nucleo familiare è composto come segue

Rispetto alla situazione familiare:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Senza coniuge (1) con presenza di figli a carico con handicap
 | punti 8 |
| 1. Senza coniuge (**1**) con presenza di minori a carico
 | punti 5 |
| 1. Senza coniuge (**1**) con familiari conviventi con handicap
 | punti 3 |
| 1. Coniuge convivente (**2**) con presenza di figli con handicap
 | punti 6  |
| 1. Coniuge convivente (**2**) con presenza di minori
 | punti 3 |
| 1. Coniuge convivente (**2**) con familiari conviventi con handicap

Rispetto alla presenza di figli minori/altri soggetti a carico: | punti 2 |
| 1. figli da 0 a 3 anni n. ……. (per ogni figlio)
 | punti 4 |
| 1. figli da 4 a 12 anni n. …… (per ogni figlio)
 | punti 3  |
| 1. figli da 13 a 17 anni n. …...(per ogni figlio)
 | punti 2 |
| 1. persone a carico conviventi (\*) n. ……(per ogni persona.

 \*Il familiare è a carico quanto da diritto a detrazioni d’imposta) | punti 1 |

* di aver/non aver riportato sanzioni disciplinari nell’ultimo biennio *(se si* *indicare la tipologia di sanzione*)……………………………………………………………………………….
* patologie gravi (**3**) – nesso tra patologia e “disagio” conseguente alla distanza per il raggiungimento della sede di lavoro (**certificazione da allegare, vedi lettera f)**
* di ricadere nelle condizioni previste dall'art. 21, comma 2 della legge 104/1992 nella misura individuata al comma 1 del medesimo articolo (categoria 1^, 2^ e 3^ della tabella A annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648), come risulta da accertamento della competente commissione medica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*citare gli estremi del­l'atto di riconoscimento dell'handicap ai sensi dell'articolo 4 della legge 104/1992*);
* di essere genitore/familiare che assiste, ai sensi dell’art. 33, comma 3 della Legge 104/1992, coniuge, parente o affine entro il secondo/terzo grado portatore di handicap in situazione di gravità. (*Se familiare indicare il grado di parentela*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Indicare gli estremi dell’atto di riconoscimento dell’handicap e l’Ente competente al rilascio ai sensi all’art. 4 della Legge 104/1992: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
* di non avere in corso procedimenti disciplinari;
* di accettare incondizionatamente tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché la normativa richiamata e vigente;
* di autorizzare la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet della Regione Marche per comunicazioni inerenti il presente avviso;
* di essere in possesso del seguente titolo di preferenza o precedenza di cui ai commi 4 e 5, art. 5 del D.P.R. 487/1994 e s.m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Dichiara inoltre

di aver preso visione ed accettare in modo pieno ed incondizionato le disposizioni dell’avviso di mobilità.

Si allega alla domanda:

1. fotocopia del documento di identità personale.
2. Curriculum vitae **datato, sottoscritto** e redatto tenuto conto del modello di cui all’Allegato “D”.
3. nulla osta alla mobilità, in originale o copia conforme, rilasciato dall’Ente di appartenenza ovvero dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà di cui all’art. 3, comma 6, terzo punto (Allegato “E”).
4. dichiarazione dell’amministrazione di appartenenza da cui emerga la disponibilità alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno. La dichiarazione è richiesta solo in ipotesi di sussistenza di rapporto di lavoro a part-time.
5. dichiarazione dell’amministrazione di appartenenza da cui emerga che la stessa è sottoposta a regime di limitazione alle assunzioni di personale a tempo indeterminato.
6. certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica o convenzionata attestante lo stato patologico ed il nesso tra patologia e “disagio” conseguente alla distanza per il raggiungimento della sede di lavoro. La certificazione è richiesta solo in ipotesi di sussistenza di patologie gravi.

I punteggi di cui ai punti 1,2 e 3 dell’ art. 5 dell’avviso vengono attribuiti solo nel caso in cui la nuova sede di lavoro comporti un avvicinamento dal Comune di residenza anagrafica rispetto all’attuale sede di lavoro.

 Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

 (non autenticata ai sensi dell’art. 39 del D.P.R. 445/2000)

Legenda:

**(\*)** Vanno indicate le eventuali persone a carico conviventi non ricomprese tra quelle indicate ai punti a), b), c) e d), specificando il tipo di rapporto.

1. Al coniuge convivente è equiparato il convivente di fatto, purché tale condizione risulti dallo stato di famiglia.
2. All’assenza del coniuge è equiparata l’ipotesi di inesistenza dello stesso (nucleo familiare formato da un solo genitore).
3. Lo stato patologico del dipendente è documentato mediante certificato medico rilasciato da struttura sanitaria pubblica o convenzionata di cui all’articolo 3, comma 5, del presente avviso.

**N.B. La presente domanda deve essere compilata in ogni sua parte e contrassegnata nelle parti di interesse.**

Ai sensi del decreto legislativo. n. 196/2003 il/la sottoscritto/a acconsente all’utilizzo dei propri dati personali nei limiti delle finalità relative al procedimento di cui è istanza.

 Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

 (non autenticata ai sensi dell’art. 39 del D.P.R. 445/2000)