

ALLEGATO 1

Alla Dirigente Professioni Sanitarie
ASL di Frosinone

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

CHIEDE

Di partecipare all'avviso interno per la predisposizione di graduatoria di **PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI – OSTETRICA** relativo alla UOC / Servizio _____
P.O. _____

avente come **data di scadenza** ____/____/_____

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. n. 445 del 28 dicembre 2000,

Sotto la propria responsabilità DICHIARA:

a) di essere nato/a il _____ a _____
di essere residente in Via _____ n° _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Tel. Fisso _____ Cellulare _____

b) di indicare la propria situazione familiare (**marcare la voce corrispondente**):

- stato di vedovanza, separazione o genitore unico con figli minori conviventi;
- stato di convivenza coniugale o parte di un'unione civile ai sensi dell'art.1, comma 20, della Legge 20 Maggio 2016, n. 76; convivente di fatto ai sensi dell'art. 1, comma 36 della Legge 20 maggio 2016, n. 76 con:
 - n. __ figli fino a 6 anni conviventi;
 - n. __ figli dai 7 ai 14 anni conviventi;
 - n. __ figli minori a partire dai 15 anni conviventi;
 - presenza di un familiare a carico con disabilità in situazione di gravità e beneficiario della L. 104 (art 3, comma 3);

c) di essere dipendente del SSN con la qualifica di _____
dal _____

d) di essere dipendente dell'Azienda ASL di Frosinone con apporto di lavoro a tempo indeterminato con qualifica di _____ dal _____

e) di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione all'avviso (**marcare la voce corrispondente**):

- di aver superato il periodo di prova;
- di non aver beneficiato di precedente trasferimento volontario, ivi compreso quello per mobilità interaziendale, da almeno 12 mesi;
- di non aver avuto provvedimenti disciplinari negli ultimi due anni;
- di non aver rinunciato ad un trasferimento nell'ultimo anno solare a seguito di collocamento utile in precedenti graduatorie di trasferimento interno;

e) che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Via _____ n.° _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____

f) che la distanza Km calcolata con riferimento alla distanza dell'attuale indirizzo di residenza e dell'attuale indirizzo della sede lavorativa corrisponde a Km _____

g) di avere preso visione, nell'avviso, che l'attività sarà svolta con regime di lavoro a tempo pieno.

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 comma 1 del D.Lgs. 30.06.2003, n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Frosinone, data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art.38, D.P.R.445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente tramite persona delegata.