

ALLEGATO "A"

Al Ministero della Salute
Direzione generale del personale,
dell'organizzazione e del
bilancio - Ufficio 3
Viale Giorgio Ribotta n.5
00144 ROMA

__1__ sottoscritt _____
_____, chiede di essere ammess__ alla procedura di mobilità volontaria per la copertura di 18 posti di funzionario giuridico e funzionario economico di amministrazione dell'Area III Funzioni Centrali, a tempo pieno e indeterminato, per le esigenze degli uffici centrali e periferici del Ministero della salute.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- 1) di essere nat__ a _____ (provincia di _____) il __/__/____
- 2) codice fiscale _____
- 3) risiede a _____(provincia di _____)
via _____ n. _____
c.a.p. _____
- 4) desidera ricevere ogni comunicazione relativa alla procedura di mobilità al proprio indirizzo di residenza o, in alternativa, al seguente indirizzo (*compilare solo de diverso dall'indirizzo di _____ residenza*):
via _____ n. _____ città _____
_____ (provincia di _____) c.a.p. _____ e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni;
- 5) numero di telefono _____
- 6) indirizzo email _____
- 7) indirizzo PEC _____
- 8) di essere in possesso della cittadinanza italiana

- 9) di godere dei diritti politici e di essere iscritt_____ nelle liste elettorali del Comune di _____
- 10) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e culturali indicati nel bando _____

- 11) di conoscere la seguente lingua straniera: _____
- 12) di conoscere l'uso delle apparecchiature e applicazioni informatiche più diffuse
- 13) di essere stato reclutato nella pubblica amministrazione mediante la seguente procedura: _____

- 14) di essere dipendente di ruolo, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, della seguente amministrazione: _____
_____,
a tempo: part- time o pieno
- con decorrenza dal _____ e con l'attuale inquadramento nel profilo professionale di: _____
- 15) di essere in servizio presso il Ministero della salute in posizione di
- comando
 - aspettativa
 - fuori ruolo
- presso la Direzione generale _____
Ufficio _____
- 16) di aver prestato servizio, in posizione di comando, aspettativa o fuori ruolo, presso il Ministero della salute nel/i seguente/i periodo/i _____
con la qualifica di _____
- 17) di aver prestato servizio presso altre amministrazioni nel/i seguente/i periodo/i _____
_____ con la qualifica di _____

- 18) di non avere procedimenti penali pendenti e di non aver riportato sentenze penali di condanna o di applicazione della pena su richiesta, né di aver ricevuto provvedimenti dell'Autorità giudiziaria penale che abbiano dichiarato l'intervenuta prescrizione del reato ovvero il proscioglimento sulla base di formule diverse dall'assoluzione del reato;

19) di non avere in corso procedimenti disciplinari pendenti e di non aver subito sanzioni disciplinari nei due anni precedenti la scadenza del bando;

20) di trovarsi nella seguente situazione personale e familiare:

- presenza di figli nel nucleo familiare – numero di figli _____
- necessità di ricongiungimento familiare, come di seguito specificato

- necessità di assistenza a familiari portatori di handicap, come di seguito specificato

Allega alla presente domanda i seguenti documenti, a pena di esclusione:

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
- curriculum professionale e personale, debitamente datato e sottoscritto;
- dichiarazione dell'Amministrazione di appartenenza dell'assoggettamento al regime di limitazione delle assunzioni;
- assenso positivo, preventivo e incondizionato, rilasciato dall'amministrazione di appartenenza in data non anteriore a sei mesi dalla data di scadenza del termine di presentazione delle domande ovvero istanza formulata in tal senso e fatta pervenire all'Amministrazione di appartenenza;
- parere positivo del dirigente preposto all'Ufficio presso il quale il dipendente presta servizio in posizione di comando presso il Ministero della salute.

___l___ sottoscritt___ dichiara di aver preso visione integrale dell'avviso con cui è stata indetta la presenta procedura di mobilità e di accettare, senza riserve, tutte le condizioni ivi previste.

Autorizza il Ministero della salute al trattamento dei dati personali forniti per le finalità di gestione della procedura di mobilità ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 46,47, e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

_____, li _____

Firma _____