

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MOBILITA' INTERNA (ORDINARIA) VOLONTARIA,  
PER SOLI TITOLI, PER N.85 POSTI DI C.P.S. – INFERNIERE, CAT. D.**

(DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE E DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE, PREFERIBILMENTE DATILOSCRITTA).

Al Sig. Direttore Generale  
dell'Azienda USL di Teramo  
Circonvallazione Ragusa n. 1  
64100 TERAMO

I sottoscritto \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso a partecipare alla mobilità (interna) ordinaria volontaria, per soli titoli, per N. \_\_\_\_\_ posto/i di C.P.S. – Infermiere, cat. D presso \_\_\_\_\_ (indicare UNA SOLA sede di servizio – Presidio Ospedaliero - per cui si chiede il trasferimento)

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- di chiamarsi \_\_\_\_\_;
- di essere nato/a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_, CAP. \_\_\_,
- di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso l'Azienda USL di Teramo dal \_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_ - cat. \_\_\_\_\_, Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_ U.O. di \_\_\_\_\_;
- di non essere stato dichiarato dal Collegio Medico delle UU.SS.LL. o dal medico competente aziendale, fisicamente "non idoneo" ovvero "idoneo con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo oggetto della mobilità o per i quali, comunque risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso in termini di esonero parziale o totale da turni, servizi notturni e festivi, pronta disponibilità, attività di reparto, attività di sala operatoria, etc.;
- di non avere subito nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso condanne penali o provvedimenti disciplinari superiori alla censura;
- di avere prestato i servizi di cui all'allegata documentazione probatoria;
- di indicare la seguente e-mail aziendale ove ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso di mobilità: [@aslteramo.it](mailto:@aslteramo.it) e il seguente recapito telefonico: Cell. \_\_\_\_\_;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

Allega la documentazione indicata nell'elenco elenco descrittivo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ con riferimento all'istanza di partecipazione alla mobilità interna (ordinaria) volontaria, per soli titoli, per n.\_\_\_\_ posto/i di C.P.S. – Infermiere, cat. D, presso \_\_\_\_\_ (indicare UNA SOLA sede di servizio – Presidio Ospedaliero - per cui si chiede il trasferimento), ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritieri di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;  
informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

### D I C H I A R A

- di non essere stato dichiarato dal Collegio Medico delle UU.SS.LL. o dal medico competente aziendale, fisicamente "non idoneo" ovvero "idoneo con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo oggetto della mobilità o per i quali, comunque risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni proprie del profilo stesso in termini diesonero parziale o totale da turni, servizi notturni e festivi, pronta disponibilità, attività di reparto, attività di sala operatoria, etc;
- di non avere subito nell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso condanne penali o provvedimenti disciplinari superiori alla censura;
- di avere prestato i servizi di cui all'allegata documentazione probatoria;
- **di avere la seguente situazione familiare e/o sociale:**
  - avere n. \_\_\_\_ figlio/i minorenne/i (indicare cognome, nome e data di nascita);
  - di essere titolare dei benefici di cui alla Legge 104/92 a favore del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (indicare cognome, nome, data di nascita e résidenza) ovvero a favore del sottoscritto;
- di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio: \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ ;
- di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:  
Attestati di partecipazione a congressi, convegni, aggiornamento, diplomi di specializzazione, formazione, qualificazione tecnica, ecc. (Ai fini della valutazione è necessaria una dettagliata descrizione)
  - denominazione del corso: \_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_ svolto nel/i giorno/i \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ - Crediti E.C.M. N. \_\_\_\_\_;
  - denominazione del corso: \_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_ svolto nel/i giorno/i \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ - Crediti E.C.M. N. \_\_\_\_\_;
- altra idonea documentazione da cui sia possibile dedurre attitudini professionali in relazione alle mansioni da svolgere;
- di essere in possesso \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ (luogo e data)

Il dichiarante

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Si precisa, inoltre, **che per una corretta e puntuale valutazione dei titoli è consigliabile allegare fotocopia semplice di tutti i titoli che il candidato intende far valere**, corredata da copia del documento di riconoscimento.

## SCHEMA ESEMPLIFICATIVO

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(artt.19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ con riferimento all'istanza di partecipazione alla mobilità interna (ordinaria)  
volontaria, per soli titoli, per n. \_\_\_\_\_ posto/i di C.P.S. – Infermiere, cat. D, presso \_\_\_\_\_ (indicare UNA SOLA sede di servizio –  
Presidio Ospedaliero - per cui si chiede il trasferimento), ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto  
la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della  
decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritieri di cui all'art.  
75 del succitato D.P.R.;  
informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196;

### D I C H I A R A

- di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso l'Azienda USL di Teramo - P.O. di \_\_\_\_\_ U.O.  
\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_, a decorrere dal  
 a tempo pieno       a part-time – N. ore settimanali \_\_\_\_\_;

- di aver prestato i seguenti servizi:

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- in qualità di \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_ (ex \_\_\_\_\_ qualifica funzionale)
- presso \_\_\_\_\_
  - Ente Pubblico  Struttura privata  Struttura privata convenz. SSN  Altro \_\_\_\_\_ (da specificare)  
con la seguente tipologia di contratto:
    - lavoro subordinato  libero professionale  collaborazione coordinata e continuata
    - agenzia interinale  Altro \_\_\_\_\_ (da specificare)
- N. ore sett.li \_\_\_\_\_

- dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell' 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.

*(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all'attribuzione del relativo punteggio)*

**(DUPLICARE IL RIQUADRO IN CASO DI NECESSITÀ)**

- Dichiara le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: \_\_\_\_\_

Autori: \_\_\_\_\_

Riferimento bibliografici: \_\_\_\_\_  
delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia semplice conforme agli originali in suo  
possesso.

- Altri titoli: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

- Dichiara che le seguenti copie sono conformi all'originale:

1) \_\_\_\_\_;  
2) \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il dichiarante

N.B. La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà essere allegata copia fotostatica, fronte/retro, di un documento di identità del sottoscrittore.

Saranno ritenuti validi solamente i documenti di identità provvisti di fotografia e rilasciati da una amministrazione dello Stato.

**Qualora nei casi richiesti non venga prodotta copia del documento di identità, il candidato verrà ammesso all'avviso, ma non si procederà alla valutazione dei titoli e/o delle pubblicazioni.**