

Allegato A**DOMANDA DI AMMISSIONE**

(in carta semplice, possibilmente dattilografata o in stampatello)

**Al Direttore Generale
ASL Viterbo
Via Enrico Fermi, 15 – Viterbo
prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it**

__ I __ sottoscritt__ _____, nat__
a _____ (Provincia di _____) il _____,
Codice Fiscale _____, residente in _____,
Provincia di _____, in via/piazza _____, domiciliat__ (indicare solo
se diverso dalla residenza) in _____, Provincia di _____, in
via/piazza _____, c.a.p. _____,
tel. _____¹, e-mail _____
PEC _____

CHIEDE

di essere ammess__ a partecipare all'**avviso pubblico, per titoli e colloquio, di mobilità volontaria nazionale tra amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D. lgs. n. 165/2001, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, per la copertura di n. 7 posti di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica – Area dei professionisti della salute e dei funzionari** pubblicato sulla G.U. – IV Serie Speciale n. _____ del _____.

Dichiara, a tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

- a) di essere cittadin__ italian__ ovvero _____²;
- b) di essere iscritt__ nelle liste elettorali del Comune di _____, ovvero³ di non esserlo per il seguente motivo: _____;
- c) di essere in possesso della laurea in _____ conseguita il _____ presso _____;

¹ Indicare il proprio indirizzo di residenza e/o domicilio e l'eventuale recapito telefonico presso il quale deve essere fatta pervenire ogni eventuale e/o necessaria comunicazione inerente l'avviso di selezione.

² Indicare lo Stato dell'Unione Europea del quale il candidato è cittadino, dichiarando, ovvero, di essere equiparato ai cittadini dello Stato italiano, in quanto non appartenente alla Repubblica.

³ Indicare gli eventuali motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime.

- d) non aver subito la sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione pari o superiore a giorni 10 nell'ultimo biennio, con riferimento alla data di pubblicazione del presente avviso;
- e) di essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso la seguente Amministrazione pubblica: _____;
(indicare denominazione ed indirizzo legale preciso dell'Ente);
- f) di essere inquadrato nel seguente profilo professionale **Tecnico Sanitario di Radiologia Medica**;
- g) di aver superato il periodo di prova;
- h) di non aver superato il periodo di comporta;
- i) di avere la piena idoneità fisica al posto da ricoprire;
- j) di non avere cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego;
- k) di essere iscritto al relativo Ordine Professionale;
- l) di accettare tutte le condizioni previste dal bando;
- m) di impegnarsi, in caso di vincita dell'Avviso di mobilità, a non chiedere trasferimento ad altra Amministrazione per un periodo di cinque anni (5) a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio presso questa ASL;

Le comunicazioni relative all'Avviso di mobilità in oggetto dovranno essere inviate al seguente domicilio:

Via _____ n. _____ CAP _____
Città _____

Tel. _____ PEC _____

Al fine della valutazione di merito si allega un curriculum formativo e professionale, redatto in formato europeo in carte semplice, datato e firmato.

Si Allega elenco dei titoli presentati.

Si allega fotocopia di un valido documento di identità personale.

(La firma in calce alla domanda non è autenticata, ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 445/2000).

firma

_____, _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

__ I __ sottoscritt__ _____,
nat__ a _____ (Provincia di _____) il
_____, indirizzo di posta elettronica

Con riferimento all' avviso pubblico _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni
mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto
la propria personale responsabilità

DICHIARA

La presente deve essere corredata di fotocopia di valido documento di identità.

_____, _____

Il Dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

__l__ sottoscritt__ _____,
nat__ a _____ (Provincia di _____) il
_____, indirizzo di posta elettronica

Con riferimento all' avviso pubblico _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni
mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto
la propria personale responsabilità

DICHIARA

La presente deve essere corredata di valido documento di identità.

_____, _____

Il Dichiarante _____