

Allegato n.1) – Fac-simile domanda di partecipazione

**DOMANDA MOBILITA'** \_\_\_\_\_

ALLA DIRETTRICE GENERALE  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA  
VIA ROMA 67  
56126 PISA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di mobilità, per titoli e colloquio, tra Aziende ed Enti del Comparto Sanità e Intercompartimentale, per la copertura di n. 1 unità di Dirigente Medico disciplina Ginecologia e Ostetricia ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 165/01 e ss.mm.ii. da assegnare all'U.O. Ostetricia e Ginecologia 2.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
2. di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso della seguente cittadinanza \_\_\_\_\_;
4. di non aver riportato condanne penali (*ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali* \_\_\_\_\_);
5. di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ e i requisiti di ammissione richiesti;
6. di essere dipendente a tempo indeterminato a decorrere dal \_\_\_\_\_ c/o l'Amministrazione/Azienda \_\_\_\_\_
7. di essere attualmente assegnato/a all'U.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
8. di essere inquadrato/a nel profilo professionale/ posizione funzionale \_\_\_\_\_;
9. di essere iscritto/a all'albo professionale per l'esercizio della professione;
10. di essere in possesso dell'idoneità psico-fisica al servizio;
11. i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;
12. eventuali titoli che conferiscono diritti di preferenza a parità di punteggio. I titoli di preferenza valutabili sono quelli di cui all'art.5 del D.P.R. n.487/1994 e ss.mm.ii
13. i risultati finali delle valutazioni effettuate dal collegio tecnico/nucleo di valutazione;
14. casistica operatoria

La domanda deve essere datata e sottoscritta, pena l'esclusione dalla selezione. Tale sottoscrizione ai sensi della L.127/1997, non necessita di autentica.

**Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:**

- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di mobilità;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il/la dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. 445/2000, oltre alla decadenza dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere
- di essere il/la titolare dell'indirizzo PEC da cui viene inviata la documentazione
- che ogni comunicazione relativa alla mobilità dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Recapito telefonico  
(telef. prefisso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ altro eventuale recapito telef. \_\_\_\_\_)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03, in quanto necessario per consentire l'assunzione in servizio e la

gestione del rapporto di lavoro in adempimento degli obblighi stabiliti dalle leggi, regolamenti e contratti collettivi.

La domanda deve essere datata e sottoscritta, pena l'esclusione dalla selezione. Tale sottoscrizione ai sensi della L. 127/1997, non necessita di autentica

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 la informiamo in merito al trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento relativo all'instaurazione e gestione del rapporto di lavoro. La informiamo che il Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana in persona del Direttore Generale. La base giuridica del trattamento dei dati raccolti per la finalità indicata è da rinvenirsi nell'art. 6 par. 1 lett.c e lett. e, art. 9 par. 2 lett. b del Regolamento (UE) 2016/679. I dati acquisiti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Potrà rivolgere istanza per far valere i propri diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 al Titolare del trattamento, nonché proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Potrà reperire l'informativa completa su [www.ao-pisa.toscana.it/privacy](http://www.ao-pisa.toscana.it/privacy)

(Allegato n. 2)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.° 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ 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.° 445/2000

D I C H I A R A

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

=====

=

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 la informiamo in merito al trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento relativo all'instaurazione e gestione del rapporto di lavoro. La informiamo che il Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana in persona del Direttore Generale. La base giuridica del trattamento dei dati raccolti per la finalità indicata è da rinvenirsi nell'art. 6 par. 1 lett.c e lett. e, art. 9 par. 2 lett. b del Regolamento (UE) 2016/679. I dati acquisiti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Potrà rivolgere istanza per far valere i propri diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 al Titolare del trattamento, nonché proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Potrà reperire l'informativa completa su [www.ao-pisa.toscana.it/privacy](http://www.ao-pisa.toscana.it/privacy)

(Allegato n. 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ 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.° 445/2000

D I C H I A R A

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000, i seguenti stati, fatti e qualità personali:

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

N.B. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta  
dall'interessato/a alla presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata  
unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di  
validità del dichiarante.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 la informiamo in merito al trattamento dei dati  
personali raccolti nell'ambito del procedimento relativo all'instaurazione e gestione del rapporto di  
lavoro. La informiamo che il Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana in  
persona del Direttore Generale. La base giuridica del trattamento dei dati raccolti per la finalità indicata è  
da rinvenirsi nell'art. 6 par. 1 lett.c e lett. e, art. 9 par. 2 lett. b del Regolamento (UE) 2016/679. I dati  
acquisiti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa saranno  
conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Potrà  
rivolgere istanza per far valere i propri diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 al  
Titolare del trattamento, nonché proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati  
personali.

Potrà reperire l'informativa completa su [www.ao-pisa.toscana.it/privacy](http://www.ao-pisa.toscana.it/privacy)

(Allegato n. 4)

**Fax simile per dichiarare Curriculum formativo e professionale**

**Curriculum formativo e professionale  
redatto ai sensi degli Artt. 46 e 47 DPR 445/2000  
(dichiarazione sostitutiva di certificazione - dichiarazione sostitutiva di atto di  
notorietà)**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a

Residente  
in \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR 445/2000), dichiara i seguenti stati, fatti e qualità personali:

**Titoli accademici e di studio:**

***Per ogni titolo precisare:***

- Ente che ha rilasciato il titolo
- durata del corso 2
- data di conseguimento
- votazione riportata.

---

---

---

**Titoli di carriera intesa come esperienza di lavoro maturata nel profilo professionale di appartenenza**

***Per ogni servizio precisare:***

- Ente presso il quale il servizio è stato prestato (nominativo, struttura privata accreditata/convenzionata o meno ...);
- Natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto subordinato a tempo indeterminato/determinato; contratto di collaborazione; consulenza .....ecc.);
- Qualifica rivestita;
- Tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno - parziale, con l'indicazione del numero di ore svolte alla settimana, ... ecc.);
- Data di inizio e data di fine del rapporto di lavoro;
- Indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ...ecc.);

---

---

---

---

**Attività didattica**

***Per ogni docenza indicare:***

- Ente presso cui sono state effettuate;
  - Periodo, n. ore, oggetto
- 
- 
- 

**Attività formativa e di perfezionamento:**

***Per ogni Corso di formazione frequentato indicare:***

- Oggetto;
- la data e il luogo di svolgimento;
- l'Ente organizzatore;
- l'eventuale esame finale;
- crediti formativi attribuiti

**Allegare in originale o in copia conforme all'originale eventuali pubblicazioni**

---

---

---

Dichiaro inoltre che le fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nei documenti ad essa allegati corrisponde al vero.  
Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(Allegato n. 5)

Fac simile per dichiarare il servizio prestato

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ 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.° 445/2000

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n.° 445/2000, di avere prestato servizio presso pubbliche  
amministrazioni come di seguito descritto:

Ente datore di lavoro

.....

Profilo professionale ricoperto

.....

Con rapporto di lavoro

.....

(Specificare la natura: rapporto di lavoro dipendente, libero professionale, collaborazione ecc. e **in caso di lavoro dipendente specificare se trattasi di lavoro a tempo determinato o a tempo indeterminato**)

Data inizio carriera ..... data fine carriera ..... motivo della  
cessazione.....

( Es. scadenza contratto a tempo determinato, dimissioni, trasferimento altro ente, ecc.)

orario a tempo pieno

orario a tempo parziale

dal.....al..... %.....rispetto al tempo parziale

dal.....al..... %.....rispetto al tempo parziale

dal.....al..... %.....rispetto al tempo parziale

senza interruzione della carriera

con interruzione della carriera

dal ..... al..... per .....

dal ..... al..... per .....

dal ..... al..... per .....

(Es. aspettativa senza assegni, sospensione cautelare, ecc.)

In relazione al periodo di servizio prestato

non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del DPR 761/79

ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del DPR 761/79 e per tale motivo il punteggio di carriera deve essere ridotto nella misura del .....%.

Data \_\_\_\_\_ Firma<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a alla presenza del/la dipendente addetto/a ovvero sottoscritta e presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 la informiamo in merito al trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento relativo all'instaurazione e gestione del rapporto di lavoro. La informiamo che il Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana in persona del Direttore Generale. La base giuridica del trattamento dei dati raccolti per la finalità indicata è da rinvenirsi nell'art. 6 par. 1 lett.c e lett. e, art. 9 par. 2 lett. b del Regolamento (UE) 2016/679. I dati acquisiti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Potrà rivolgere istanza per far valere i propri diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 al Titolare del trattamento, nonché proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Potrà reperire l'informativa completa su [www.ao-pisa.toscana.it/privacy](http://www.ao-pisa.toscana.it/privacy)

---