Illustrissimo Direttore Risorse umane e Relazioni sindacali

 Fondazione IRCCS “Istituto Nazionale dei Tumori”

 Via Venezian, 1 - **20133 MILANO**

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. di\_\_\_\_\_\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.n. \_\_\_\_

C.A.P \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di poter partecipare all’avviso pubblico di mobilità volontaria per titoli ed colloquio per la copertura di **n. 7 posti a tempo pieno ed indeterminato di Collaboratore professionale sanitario infermiere, cat. D.**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti ed uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato decreto, quanto segue:

* di essere cittadino italiano, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, oppure cittadino di uno dei paesi dell’Unione Europea (per i cittadini non appartenenti all’Unione Europea, permesso di soggiorno valido):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:
* di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non aver subito condanne penali (oppure):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della Laurea triennale in infermieristica ovvero diploma conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente, conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere dipendente a tempo indeterminato presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di **Collaboratore professionale sanitario infermiere, cat. D** e di aver superato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il periodo di prova contrattualmente previsto;
* di essere in possesso del nulla osta preventivo, pieno e incondizionato al trasferimento per mobilità in uscita presso la scrivente Fondazione, rilasciato dall’Ente di appartenenza. Il nulla osta di cui trattasi potrà essere prodotto anche successivamente alla conclusione della procedura selettiva in oggetto;
* di non aver superato il periodo di comporto;
* di avere/non avere limitazioni alla mansione specifica;
* di essere nella seguente posizione dei riguardi degli obblighi militari:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall’impiego presso la Pubblica Amministrazione;
* di non aver cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego;
* di non avere avuto sanzioni disciplinari nell’ultimo biennio e/o procedimenti disciplinari in corso alla data di scadenza del presente avviso;
* di accettare senza alcuna riserva le condizioni previste dal presente avviso di mobilità;
* che i documenti allegati alla presente istanza, sono conformi agli originali, ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

CHIEDE

* che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ad esonerando la Fondazione IRCCS “Istituto Nazionale dei Tumori” da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità: via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_