


ALLEGATO A) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AI DIRETTORE GENERALE
Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata
 PEC concorsi@ptvonline.postecert.it
 viale Oxford, 81 – 00133 ROMA

Il/La sottoscritto/a, COGNOME _____ NOME _____

PRESA VISIONE

dell'Avviso di mobilità volontaria tra Aziende/Enti del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 30 D. Lgs. n. 165/01 e smi, indetto dalla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata con D.D.G. n. _____ del _____ pubblicato sul B.U.R.L. n. _____ del _____ e, per estratto, sulla G.U. 4^a S.S. **Concorsi ed Esami** n. _____ del _____

CHIEDE
DI ESSERE AMMESSO ALLA PROCEDURA DI MOBILITÀ PER

N. _____ POSTO/I DI _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

(barrare/compilare le voci che interessano)

- di essere nato/a a _____ (____) il _____
- di essere residente nel comune di _____ (____) Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____ email _____ @ _____
- PEC _____ @ _____
- codice fiscale _____
- di essere cittadino/a _____
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____ (____) **ovvero** di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare motivi della non iscrizione) _____
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti **ovvero** di avere riportato condanne penali e di avere procedimenti penali pendenti (indicare eventuali condanne penali e/o procedimenti pendenti) _____
- di essere iscritto all'Ordine/Albo _____ n° pos _____ provincia di _____ data iscrizione _____
- di essere dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato della seguente Azienda/Ente _____ Sede legale _____ a far data dal _____ inquadrato nel profilo di _____ cat. _____ assegnato al/alla seguente servizio/struttura operativa _____
- di aver superato il periodo di prova
- di non avere subito, nel biennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, sanzioni disciplinari definitive superiori alla censura scritta e di non avere procedimenti disciplinari in corso
- di essere in possesso della idoneità fisica all'esercizio delle mansioni connesse alle funzioni di appartenenza **ovvero** di avere le seguenti limitazioni/prescrizioni all'esercizio delle mansioni (riportate nell'Allegato B)
- di non aver superato il periodo di comporto/di non avere cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego
- di accettare incondizionatamente l'assunzione a tempo pieno senza esclusione di alcun profilo orario e di impegnarsi, qualora risultasse vincitore dell'avviso di mobilità, a non chiedere il trasferimento presso altra Azienda per un periodo di **3 anni** a decorrere dalla data di effettiva immissione in servizio
- di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali





- di prendere atto che per ogni necessaria comunicazione sarà impiegato il recapito PEC utilizzato dal sottoscritto per l'invio della presente domanda **ovvero** di non essere titolare di casella PEC e di eleggere il seguito recapito postale per ogni comunicazione (in assenza di indicazioni vale la residenza):
 recapito _____
 telefono _____ e-mail _____@_____
- di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente avviso e tutte le norme in esso richiamate

Il/La sottoscritto/a accetta le condizioni fissate dal bando nonché quelle che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale dipendente da pubbliche amministrazioni e, nello specifico, della Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata".

Il/La sottoscritto/a **allega obbligatoriamente** alla presente domanda la sotto elencata documentazione, compilata, datata e firmata:

- **Allegato B - Foglio Informativo procedura di mobilità**
- **Allegato C - Curriculum formativo e professionale**
- **copia di un documento di identità valido.**

Il/La sottoscritto/a **allega inoltre** alla presente domanda n. _____ **pubblicazioni**

in originale *in copia autenticata* *in copia conforme (allega dichiarazione all. C)*

Data _____

In fede _____




ALLEGATO B) FOGLIO INFORMATIVO PROCEDURA DI MOBILITÀ
(dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a, COGNOME _____ NOME _____
In relazione alla domanda di partecipazione all'Avviso di mobilità volontaria tra Aziende/Enti del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 30 D. Lgs. n. 165/01 e s.m.i, per n. __ posto/i di _____
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. dichiara sotto la propria responsabilità
il seguente STATO GIURIDICO, riferito all'attuale rapporto di lavoro

(barrare/compilare le voci che interessano)

RAPPORTO DI DIPENDENZA SI NO
 TEMPO INDETERMINATO SI NO
 Decorrenza TI: ____/____/____ - periodo di prova superato: SI NO
 Profilo/qualifica: _____
 Disciplina: _____
 Azienda/Ente di appartenenza: _____
 Sede legale Az/Ente appartenenza: _____
 U.O./Servizio di assegnazione: _____
 Regime di impegno (ove previsto): ESCLUSIVO NON ESCLUSIVO
 Orario di servizio: T. Pieno Part Time al ____% tipo PT: orizzontale verticale misto
 Titolare di incarico: SI NO n° incarichi: ____
 Denominazione incarico 1: _____
 decorrenza incarico 1: dal ____/____/____ al ____/____/____
 Denominazione incarico 2: _____
 decorrenza incarico 2: dal ____/____/____ al ____/____/____
 Denominazione incarico 3: _____
 decorrenza incarico 3: dal ____/____/____ al ____/____/____
 Attualmente in distacco SI NO
 Attualmente in aspettativa SI NO - tipologia: _____
 Attualmente in comando SI NO
 se SI, specifica decorrenza: ____/____/____ - ____/____/____ e se anzianità decorre non decorre
 giorni di assenza ultimo triennio: ____ di cui n. ____ per malattia n. ____ per infortunio n. ____ altro*
 *specifica "altro" _____
 Limitazioni/prescrizioni: SI NO
 Invalidità civile: SI NO
 Fruizione di diritti ex lege 104: SI NO beneficiario per congiunti
 Genitore figli minori anni 3: SI NO n° ____
 Sanzioni disciplinari nel biennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso: SI NO
 Sanzioni disciplinari antercedenti l'ultimo biennio: SI NO
 se SI, specifica sanzione: _____
 Valutazioni negative a seguito di verifica dei risultati e/o attività SI NO

TRATTAMENTO ECONOMICO IN GODIMENTO (profili del COMPARTO SSN)

VOCI (compilare voci che interessano)	IMPORTO MENSILE
Stipendio base	
Valore comune ex I.Q.P.	
Indennità prof.le specifica	

Data, _____

 In fede _____
(il dichiarante)

ATTENZIONE: Qualora la domanda di partecipazione risulti sprovvista del presente allegato ovvero la dichiarazione risulti carente di elementi sostanziali si procederà all'esclusione del candidato dalla procedura di mobilità.



**ALLEGATO C) CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE**

(dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a, COGNOME _____ NOME _____

In relazione alla domanda di partecipazione all'Avviso di mobilità volontaria tra Aziende/Enti del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 30 D. Lgs. n. 165/01 e s.m.i, per n. __ posto/i di _____ ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

dichiara sotto la propria responsabilità il seguente

CURRICULUM FORMATIVO-PROFESSIONALE

(barrare/compilare le voci che interessano)

1. TITOLI DI STUDIO/ACCADEMICI

Laurea Spec./Mag. Diploma di Laurea Laurea Diploma SS II° gr. Durata/anni: ____

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____

presso _____

sede legale _____

se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

Laurea Spec./Mag. Diploma di Laurea Laurea Diploma SS II° gr. Durata/anni: ____

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____

presso _____

sede legale _____

se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

Diploma di Specializzazione Dottorato di ricerca Master I° liv. Master II° liv. Durata/anni: ____

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____

presso _____

sede legale _____

se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

Diploma di Specializzazione Dottorato di ricerca Master I° liv. Master II° liv. Durata/anni: ____

in _____

conseguita in data _____ con voto ____/____

presso _____

sede legale _____

se titolo conseguito all'Estero specificare

estremi atto di riconoscimento/equivalenza _____ rilasciato in data _____ da _____

2. ISCRIZIONE ALBO/ORDINE

TIPOLOGIA ALBO/ORDINE _____

PROVINCIA DI _____ N° _____

DATA ISCRIZIONE _____.

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema




3. ESPERIENZE DI SERVIZIO (apporte n° progressivo per ciascun titolo)

n. _____

Azienda/Ente _____

Sede legale _____

Tipo Azienda/Ente Azienda/Ente del S.S.N. Azienda/Ente convenzionato con il SSN
 altra P.A. Azienda/Ente privato

Profilo/qualifica inquadramento _____

disciplina inquadramento _____

Struttura di appartenenza _____

Decorrenza rapporto: dal _____ al _____

Tipo contratto Dirigenza S.S.N. Comparto SSN
 Tipologia rapporto: tempo indeterminato tempo determinato
 tempo pieno n. ____ ore sett. part-time al ____ %: n. ____ ore sett.

Med. Spec. conv. (ACN)* libero professionale* co.co.co.*
 *Indicare Ore settimanali _____

Qualora ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze n.r. specificare:

Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____
 Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____

Se servizio prestato presso Aziende/Enti SSN specificare se:

RICORRONO NON RICORRONO

le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma "mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a 5 anni"

n. _____

Azienda/Ente _____

Sede legale _____

Tipo Azienda/Ente Azienda/Ente del S.S.N. Azienda/Ente convenzionato con il SSN
 altra P.A. Azienda/Ente privato

Profilo/qualifica inquadramento _____

disciplina inquadramento _____

Struttura di appartenenza _____

Decorrenza rapporto: dal _____ al _____

Tipo contratto Dirigenza S.S.N. Comparto SSN
 Tipologia rapporto: tempo indeterminato tempo determinato
 tempo pieno n. ____ ore sett. part-time al ____ %: n. ____ ore sett.

Med. Spec. conv. (ACN)* libero professionale* co.co.co.*
 *Indicare Ore settimanali _____

Qualora ricorrano interruzioni per aspettativa/congedo o altre assenze n.r. specificare:

Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____
 Periodo dal _____ al _____ - motivazione assenza _____

Se servizio prestato presso Aziende/Enti SSN specificare se:

RICORRONO NON RICORRONO

le condizioni di cui all'art. 46 DPR 761/79, ultimo comma "mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a 5 anni".

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema




4. ESPERIENZE FORMATIVE (apporre n° progressivo per ciascun titolo)
➤ PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO

 n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

 in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto) _____ no ECM si ECM. n° _____

 n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

 in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto) _____ no ECM si ECM. n° _____

 n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

 in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto) _____ no ECM si ECM. n° _____

 n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

 in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto) _____ no ECM si ECM. n° _____

 n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

 in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto) _____ no ECM si ECM. n° _____

 n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

 in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto) _____ no ECM si ECM. n° _____

 n. _____ TIPO: aggiornamento convegno congresso seminario altro _____

Titolo: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____

 in qualità di: uditore relatore senza esame con esame (voto) _____ no ECM si ECM. n° _____

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema





➤ **ATTIVITÀ DI DOCENZA/ALTRE ATTIVITÀ**

n. _____ DOCENZA ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

_____ **Tipo**

Azienda: Università Scuola sec. di II° Azienda/Ente S.S.N. Altra P.A. privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ n. ____ ore annuali

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO _____

n. _____ DOCENZA ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

_____ **Tipo**

Azienda: Università Scuola sec. di II° Azienda/Ente S.S.N. Altra P.A. privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ n. ____ ore annuali

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO _____

n. _____ DOCENZA ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

_____ **Tipo**

Azienda: Università Scuola sec. di II° Azienda/Ente S.S.N. Altra P.A. privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ n. ____ ore annuali

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO _____

n. _____ DOCENZA ALTRA ATTIVITÀ

ATTIVITÀ SVOLTA: _____

_____ **Tipo**

Azienda: Università Scuola sec. di II° Azienda/Ente S.S.N. Altra P.A. privato

Corso: _____

Materia: _____

Ente: _____

sede: _____

decorrenza: il/dal _____ al _____ n. ____ ore annuali

tipo contratto: TI TD COCOCO LIBERO PROF.LE ALTRO _____

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema




5. PUBBLICAZIONI (apporre n° progressivo per ciascuna pubblicazione e riportarlo sulla copia cartacea)

➤ Totale PUBBLICAZIONI: _____

 n. _____ AUTORE COAUTORE

TITOLO: _____

_____ in

lingua: _____ n. pagine _____ - da pag. _____ a pag. _____

data: _____

 tipo: monografia articolo abstract poster altro

 pubblicata su: rivista scientifica _____

 atti Congresso _____

 altro _____

allegata alla presente in: ORIGINALE copia AUTENTICATA copia CONFORME

 n. _____ AUTORE COAUTORE

TITOLO: _____

_____ in

lingua: _____ n. pagine _____ - da pag. _____ a pag. _____

data: _____

 tipo: monografia articolo abstract poster altro

 pubblicata su: rivista scientifica _____

 atti Congresso _____

 altro _____

allegata alla presente in: ORIGINALE copia AUTENTICATA copia CONFORME

 n. _____ AUTORE COAUTORE

TITOLO: _____

_____ in

lingua: _____ n. pagine _____ - da pag. _____ a pag. _____

data: _____

 tipo: monografia articolo abstract poster altro

 pubblicata su: rivista scientifica _____

 atti Congresso _____

 altro _____

allegata alla presente in: ORIGINALE copia AUTENTICATA copia CONFORME

 n. _____ AUTORE COAUTORE

TITOLO: _____

_____ in

lingua: _____ n. pagine _____ - da pag. _____ a pag. _____

data: _____

 tipo: monografia articolo abstract poster altro

 pubblicata su: rivista scientifica _____

 atti Congresso _____

 altro _____

allegata alla presente in: ORIGINALE copia AUTENTICATA copia CONFORME

La presente modulistica può essere fotocopiata, ovvero riprodotta seguendone obbligatoriamente lo schema



