ALLEGATO "C"

SCHEMA DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MOBILITA' VOLONTARIA RISERVATA AL PERSONALE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI DI CUI ALL'ARTICOLO 1, COMMA 2, DEL D.LGS. N. 165/2001.

AL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA,
VIA G. DA FABRIANO, 2/4
60125 ANCONA

Il/La sottoscritto/a

(*Cognome*)_____(*Nome*)_____

Nato/a_____il_____

a _____(Prov)_____

Codice fiscale_____

Residente in Via _____ n._____

Cap _____Città_____Prov _____

N.ro di telefono_____

cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

Posta elettronica certificata personale (PEC personale)

_____

Posta elettronica certificata (non di "proprietà" del mittente)

_____

Indirizzo per le comunicazioni (*solo se diverso dalla residenza*)

Presso _____Via _____n._____

Cap_____Città_____ Prov _____

C H I E D E

di essere ammesso/a alla procedura selettiva di mobilità volontaria, ai sensi dell'articolo 30 del D.lgs. 165/2001, indetta con decreto n. _____ del _____, per la copertura di posti vacanti, riservata al personale del comparto a tempo indeterminato, relativa alle posizioni di seguito indicate (contrassegnare con una barra il posto per cui si concorre):

☐ n. 1 posto di categoria giuridica "C", profilo professionale C/ 1.1 "Assistente amministrativo contabile";

☐ n. 1 posto di categoria giuridica "D", profilo professionale D /1.1 "Funzionario amministrativo contabile".

(**La mancata indicazione della posizione lavorativa determina la non ammissibilità dell'istanza**).

Allo scopo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 della medesima legge:

DICHIARA

☐ di essere dipendente di ruolo delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D. Lgs. n. 165/2001,(specificare Amministrazione) _____ _____, inquadrato attualmente in categoria/area/livello (specificare posizione giuridica)……., a decorrere dal (gg/mm/aa)…… equiparata a quella della categoria…….., oggetto di selezione, con profilo professionale (specificare denominazione)_____, ad accesso iniziale nella fascia retributiva _____ (specificare F1 o F2, solo per l'Area II del comparto Ministeri) con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato:

a tempo pieno dal _____ al _____

a tempo parziale con percentuale del _____% dal _____ al _____
e di svolgere le seguenti attività (indicare esclusivamente quelle riconducibili al profilo professionale per cui si concorre e previste nell'ordinamento professionale dell'Agenzia Regionale Sanitaria di cui all'Allegato "B" dell'avviso):

_____

_____

_____

_____

(*Qualora il candidato si trovi in posizione di comando presso l'Agenzia Regionale Sanitaria, indicare esclusivamente le attività svolte riconducibili al profilo professionale per cui si concorre e previste nell'ordinamento professionale dell'Agenzia Regionale Sanitaria di cui all'Allegato "B" dell'avviso):*

_____

_____

_____

_____

_____

di aver prestato servizio di ruolo con contratto a **tempo indeterminato e/o determinato** presso una Pubblica Amministrazione di cui all'art. 1, comma 2 del D. Lgs. n. 165/2001 **nella stessa categoria/Area/livello** di quella attuale, come di seguito indicato:

(*specificarecategoria/Area/livello*) _____

dal _____ al_____ percentuale _____

☐ di aver prestato servizio di ruolo con contratto a **tempo indeterminato e/o determinato** presso una Pubblica Amministrazione di cui all'art. 1, comma 2 del D. Lgs. n. 165/2001 nella categoria/Area/livello, **di grado immediatamente inferiore** rispetto a quella attuale, come di seguito indicato:

(*specificare categoria/Area/livello*) _____

dal _____ al_____ percentuale _____

☐ che la propria residenza anagrafica è nel Comune di _____ dal _____ (*la residenza deve essere* ***posseduta da almeno due anni****. In caso contrario va indicata la residenza precedentemente posseduta*) e la sede attuale di lavoro è sita nel Comune di _____ *(in caso di personale in comando presso la Regione Marche la sede di lavoro è riferita a quella dell'amminsitrazione di appartenenza*);

☐ che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

a) Senza coniuge (1) con presenza di figli a carico con handicap punti 8

b) Senza coniuge (**1**) con presenza di minori a carico punti 5

c) Senza coniuge (**1**) con familiari conviventi con handicap punti 3

d) Coniuge convivente (**2**) con presenza di figli con handicap punti 6

e) Coniuge convivente (**2**) con presenza di minori punti 3

f) Coniuge convivente (**2**) con familiari conviventi con handicap punti 2

1. figli da 0 a 3 anni n. ……. (per ogni figlio) punti 4
2. figli da 4 a 12 anni n. …… (per ogni figlio) punti 3
3. figli da 13 a 17 anni n. …...(per ogni figlio) punti 2
4. persone a carico conviventi **(**)** n. ……(per ogni persona. Il familiare è a carico quanto da diritto a detrazioni d'imposta) punti 1

☐ di aver/non aver riportato sanzioni disciplinari nell'ultimo biennio *(se si indicare la tipologia di sanzione*)……

☐ patologie gravi (**3**) – nesso tra patologia e "disagio" conseguente alla distanza per il raggiungimento della sede di lavoro (**certificazione da allegare, vedi lettera d)**

☐ di ricadere nelle condizioni previste dall'art. 21, comma 2 della legge 104/1992 nella misura individuata al comma 1 del medesimo articolo (categoria 1^, 2^ e 3^ della tabella A annessa alla legge 10 agosto 1950, n. 648), come risulta da accertamento della competente commissione medica…….(*citare gli estremi dell'atto di riconoscimento dell'handicap ai sensi dell'articolo 4 della legge 104/1992*);

☐ di essere genitore/familiare che assiste, ai sensi dell'art. 33, comma 3 della Legge 104/1992, coniuge, parente o affine entro il secondo/terzo grado portatore di handicap in situazione di gravità. (*Se familiare indicare il grado di parentela*: _____).
Indicare gli estremi dell'atto di riconoscimento dell'handicap e l'Ente competente al rilascio ai sensi all'art. 4 della Legge 104/1992: _____;

☐ di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;

☐ di non avere in corso procedimenti disciplinari;

☐ di accettare incondizionatamente tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso nonché la normativa richiamata e vigente;

☐ di autorizzare la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet della Regione Marche per comunicazioni inerenti il presente avviso;

☐ di essere in possesso del seguente titolo di preferenza o precedenza di cui ai commi 4 e 5, art. 5 del D.P.R. 487/1994 e s.m. _____;

Dichiara inoltre

di aver preso visione ed accettare in modo pieno ed incondizionato le disposizioni dell'avviso di mobilità.

Si allega alla domanda:

a. fotocopia del documento di identità personale.
b. Curriculum vitae **datato, sottoscritto** e redatto tenuto conto del modello di cui all'Allegato "D".
c. certificazione rilasciata da struttura sanitaria pubblica o convenzionata attestante lo stato patologico ed il nesso tra patologia e "disagio" conseguente alla distanza per il raggiungimento della sede di lavoro. La certificazione è richiesta solo in ipotesi di sussistenza di patologie gravi.
d. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà(art.47 del D.P.R n.445 del 28/12/2020)- di cui all' allegato "E".

Data

_____ Firma

_____

(non autenticata ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445/2000)

Legenda:

(*) I punteggi di cui ai punti 1,2 e 3 dell' art. 5 dell'avviso vengono attribuiti solo nel caso in cui la nuova sede di lavoro comporti un avvicinamento dal Comune di residenza anagrafica rispetto all'attuale sede di lavoro. Si calcola sulla base della differenza tra la distanza tra la sede lavorativa attuale e la residenza e la distanza tra la sede lavorativa messa a bando e la residenza. Per il personale in comando presso l'Agenzia Regionale Sanitaria si considera quale "sede di lavoro attuale" la sede presso l'Ente di appartenenza.

(**) Vanno indicate le eventuali persone a carico conviventi non ricomprese tra quelle indicate ai punti a), b), c) e d), specificando il tipo di rapporto.

(1) Al coniuge convivente è equiparato il convivente di fatto, purché tale condizione risulti dallo stato di famiglia.

(2) All'assenza del coniuge è equiparata l'ipotesi di inesistenza dello stesso (nucleo familiare formato da un solo genitore).

(3) Lo stato patologico del dipendente è documentato mediante certificato medico rilasciato da struttura sanitaria pubblica o convenzionata di cui all'articolo 3, comma 5, del presente avviso.

N.B. La presente domanda deve essere compilata in ogni sua parte e contrassegnata nelle parti di interesse.

Ai sensi del decreto legislativo. n. 196/2003 il/la sottoscritto/a acconsente all'utilizzo dei propri dati personali nei limiti delle finalità relative al procedimento di cui è istanza.

Data

_____ Firma

_____

(non autenticata ai sensi dell’art. 39 del D.P.R. 445/2000