

Spett.le  
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
CASA DI SOGGIORNO SUOR FILIPINA DI GRIGNO  
Via Vittorio Emanuele n.131  
38055 Grigno (TN)

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA' PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N.1 (UN) POSTO A TEMPO PIENO E N.1 (UN) POSTO A TEMPO PARZIALE A 24 ORE SETT.LI IN FIGURA PROFESSIONALE DI INFERMIERE - CATEGORIA C - LIVELLO EVOLUTO**

Il/la sottoscritto/a (cognome nome)

\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

presa visione del relativo bando di mobilità volontaria approvato con determinazione n.38 di data 30/05/2025

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di mobilità volontaria compartimentale o intercompartimentale, ai sensi degli artt. 76 e seguenti del vigente CCPL del Comparto Autonomie Locali, area non dirigenziale e dell'art. 30 del D. Lgs 165/2001, per la copertura di n.1 (un) posto a tempo pieno e n.1 (un) posto a tempo parziale 24 ore settimanali in figura professionale di Infermiere – categoria C – livello Evoluto.

A tal fine, preso atto che l'Azienda può procedere al controllo, in qualsiasi momento a partire dalla presentazione di questa domanda, delle dichiarazioni rilasciate, e consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge penale per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (artt. 482, 483, 495 e 496 cod. pen.), nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di una dichiarazione rivelatasi non veritiera, inoltre consapevole delle conseguenze penali previste per le dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- 1) di essere in servizio con contratto a tempo indeterminato a tempo pieno/parziale \_\_\_\_\_/36 ore settimanali presso il seguente ente pubblico \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e di essere attualmente inquadrato/a in figura professionale di: \_\_\_\_\_, categoria \_\_\_\_\_, livello \_\_\_\_\_,

- 2) di aver superato il periodo di prova;

- 3) di non trovarsi in alcuna posizione di incompatibilità ai sensi della legislazione vigente;
- 4) di possedere l' idoneità fisica all'impiego con esenzione da difetti o imperfezioni che possono influire sul rendimento del servizio;
- 5) di aver maturato anzianità di servizio in ruolo nella figura professionale di Infermiere, categoria C, livello Evoluto presso l' /gli Ente/i e nel/i periodo/i sotto riportati:

**(NB: sono utili solamente i periodi di servizio svolti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato)**

Denominazione Ente	Categoria, livello o Qualifica	Figura professionale o qualifica	dal _____ al _____ (gg/mese/anno) (gg/mese/anno)

- 6) di aver effettuato i sottoelencati periodi di assenza non utili ai fini del calcolo del periodo valutabile come anzianità di servizio (aspettative non retribuite o permessi non retribuiti durante il servizio prestato presso gli enti sopra elencati nonché periodi di sospensione disciplinare dal servizio con privazione dello stipendio, ecc....):

Tipo di assenza	dal _____ al _____ (gg/mese/anno) (gg/mese/anno)

- 7) **di essere in possesso del seguente titolo di studio:**

**Laurea in infermieristica**, appartenente alla classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o – classe L/SNT1  
 \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso  
 \_\_\_\_\_;

**Diploma universitario di Infermiere** conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni

\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

**Diploma o attestato conseguito in base al precedente ordinamento**, riconosciuto equipollente al diploma universitario (Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000 – gazzetta Ufficiale n. 191 del 17/08/2000) \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**ovvero (per il titolo conseguito all'estero)**

di essere in possesso del titolo di \_\_\_\_\_  
conseguito nello Stato di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
dichiarato equipollente al titolo richiesto di \_\_\_\_\_, con  
provvedimento di data \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

*(nel caso titolo conseguito all'estero, allego il titolo di studio medesimo tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza consolare o diplomatica italiana, o copia conforme all'originale dello stesso, con l'indicazione dell'avvenuta equipollenza con quello italiano con Decreto del Ministero della Salute);*

di essere iscritto all'**OPI (Ordine delle Professioni Infermieristiche)** di \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_;

8) di essere inoltre in possesso del **Master universitario di I o II livello in ambito sanitario, sociosanitario o gestionale-sanitario**, \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

9) che il proprio stato famiglia è così composto:

<b>Relazione con richiedente (coniuge, figlio/i, altro familiare)</b>	<b>Cognome e nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Fiscalmente a carico riferimento all'anno 2024 SI/NO</b>

e che il proprio reddito con riferimento all'anno 2023 (dichiarazione presentata anno 2024): \_\_\_\_\_

- è l'unico reddito all'interno del nucleo familiare
- non è l'unico reddito all'interno del nucleo familiare

10) che l'attuale sede di lavoro è situata:

nel comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e la propria residenza è situata:

nel comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**NB: nel caso in cui il dipendente svolga la propria attività in più sedi di lavoro indicare la sede di lavoro prevalente, cioè la sede in cui viene svolto la maggior parte dell'orario di lavoro.**

11) di allegare certificazione medica, attestante che la distanza tra domicilio e sede di lavoro reca pregiudizio alle condizioni di salute con riferimento al proprio handicap o alla situazione di grave debilitazione psico-fisica (certificato di data \_\_\_\_\_)

12) di godere dei benefici di cui alla L. 104/1992:

specificare il tipo di benefici \_\_\_\_\_

come da verbale rilasciato da \_\_\_\_\_

(specificare ente/soggetto competente)

in data \_\_\_\_\_;

13)

- di non aver già ottenuto trasferimento in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria;
- di aver già ottenuto trasferimenti in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria:

\_\_\_\_\_  
(specificare ente di provenienza e data del trasferimento)

14) di essere:

- iscritto/a nell'elenco delle persone in disponibilità;
- inquadrato/a in una figura professionale dichiarata in eccedenza;

15)

- di aver inoltrato all'amministrazione di appartenenza copia integrale della presente domanda di partecipazione alla procedura di mobilità;**

16)

- di non avere procedimenti disciplinari in corso né avere riportato sanzioni disciplinari nei due anni precedenti la domanda;

**Allega i seguenti documenti:**

- curriculum formativo, redatto secondo le indicazioni presenti nel bando di mobilità**
- certificazione medica di cui al punto 11 della presente domanda;
- Autodichiarazione esperienza in ambito geriatrico;
- Altra documentazione \_\_\_\_\_  
(Specificare)

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196) ed ai sensi del Regolamento UE 16/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui al bando di mobilità e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.**

**Spazio riservato all'ufficio**

Si attesta che, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R n. 445 dd. 28/12/2000, la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.

L'incaricato al ricevimento

Grigno, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MOBILITA'

TABELLA DESCRITTIVA DEI TITOLI FORMATIVI

<b>TITOLO DEL CORSO</b>
<b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>
<b>ENTE PROMOTORE</b>
<b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b>
<b>EVENTUALI NOTE</b>

<b>TITOLO DEL CORSO</b>
<b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>
<b>ENTE PROMOTORE</b>
<b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b>
<b>EVENTUALI NOTE</b>

<b>TITOLO DEL CORSO</b>
<b>DATA DI SVOLGIMENTO</b>
<b>ENTE PROMOTORE</b>
<b>DURATE DEL CORSO <u>IN ORE</u></b>
<b>EVENTUALI NOTE</b>