

  <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p>	DOMANDA AVVISO MOBILITA'	Versione 2016
		Pag.1

ALL'AZIENDA SOCIO SANITARIA
TERRITORIALE DI CREMA
LARGO UGO DOSSENA, 2
26013 CREMA (CR)

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a(.....) il
residente a(.....) in Via
..... n. C.A.P. Tel.
e-mail

CHIEDE

di partecipare alla procedura di mobilità volontaria per n. posti di

All'uopo

ALLEGA

- Curriculum formativo e professionale in formato europeo
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante:
 - o le attività di servizio prestate;
 - o il trattamento economico in godimento (è possibile allegare la copia dell'ultima busta paga);
 - o i periodi di assenza dal servizio nell'ultimo triennio;
 - o gli eventuali procedimenti disciplinari subiti nell'ultimo biennio o in corso.
- Assenso alla mobilità da parte dell'amministrazione di appartenenza e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1) di non aver riportato condanne penali (*in caso contrario indicare le condanne riportate*)

2) di non aver in atto contenzioso inerenti provvedimenti di inquadramento (*in caso contrario indicare le condanne riportate*)

3) idoneità alle mansioni: SI [] - SI con limitazioni [] - NO temporanea [] - NO permanente []
(*nel caso sia stata contrassegnata le caselle NO specificare l'Organismo che ha disposto il provvedimento*)

Medico Competente []

Collegio Medico Legale []

4) accertamenti sanitari in corso: SI [] NO []

5) di svolgere attività ex L.n. 266/1991 (volontariato, protezione civile , etc.)
specificare

  <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p>	<p><i>DOMANDA AVVISO MOBILITA'</i></p>	<p>Versione 2016</p>
		<p>Pag.2</p>

6) di appartenere a categoria protetta : SI (specificare)
NO

7) di godere benefici L. n.104/1992 : SI NO

8) di essere titolare di incarichi istituzionali: SI NO

9) di essere titolare di incarichi sindacali: SI NO

10) di eleggere il seguente domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla presente domanda:

Via n. C.A.P.

Città(.....) Tel.

e-mail

Data

Firma

(accludere fotocopia carta d'identità)