 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p><b>DOMANDA DI MOBILITA'</b> <b>PERSONALE DEL COMPARTO</b> <b>CATEGORIE C D DS</b></p>	<p>Dipartimento Amministrativo Mod 029 U.O.C. Amministrazione del personale</p>
---	--	---

**Al Direttore dell'U.O.  
Amministrazione del Personale  
Via Gramsci, 12- 40121 Bologna**

**MOBILITA' INTERNA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome) ( Matricola)

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

dependente a tempo indeterminato di questa Azienda USL dal \_\_\_\_\_

nel profilo professionale di \_\_\_\_\_

categoria/livello economico       **C**                       **D**                       **DS**                      presso

l'U.O.C./U.A. \_\_\_\_\_

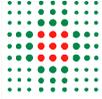
Dipartimento/Distretto \_\_\_\_\_

Sede di lavoro/Ospedale \_\_\_\_\_

**CHIEDE,**

in attuazione del Regolamento che disciplina la mobilità interna del personale dipendente dell'AREA COMPARTO sottoscritto in data 18/6/09 in applicazione dell'art. 18 del CCNL integrativo del 20/09/2001, di essere assegnato alla/e seguente/i sede/i di servizio:

<b>OPZIONI*</b>			
<small>*L'INCOMPLETA COMPILAZIONE DEI CAMPI COMPORTA LA NON VALUTAZIONE DELL'OPZIONE</small>			
<b>1)</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>	<small>Codice (riservato all'Azienda)</small>
Sede di lavoro			
U.O.C./U.A.			
Dipartimento/ Distretto			
<b>2)</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>	<small>Codice (riservato all'Azienda)</small>
Sede di lavoro			
U.O.C./U.A.			
Dipartimento/ Distretto			

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<b>DOMANDA DI MOBILITA' PERSONALE DEL COMPARTO CATEGORIE C D DS</b>	Dipartimento Amministrativo Mod 029 U.O.C. Amministrazione del personale
---	---	---

3)	Comune	Indirizzo	Codice (riservato all'Azienda)
Sede di lavoro			
U.O.C./U.A.			
Dipartimento/ Distretto			

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, **la seguente condizione personale, familiare e sociale** ( debitamente documentata):

- di prestare assistenza a familiari/convivente/parenti e affini fino al terzo grado portatori di handicap non inferiore al 70% ovvero figli minori con handicap riconosciuto dall'apposita commissione;
- di prestare assistenza a familiari/parenti entro il secondo o in mancanza entro il terzo grado, che versino in particolari condizioni psico-fisiche, specificamente documentate da strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate presso le quali tali soggetti si sottopongono a progetti di recupero;
- di avere n° \_\_\_\_\_ figli minori di 12 anni;
- di avere necessità di studio motivate ed attinenti alla propria professionalità, per lo svolgimento di corsi della durata non inferiore ai due anni.

**Dichiara, inoltre:**

**che la distanza tra l'attuale sede di lavoro e il proprio domicilio/residenza è compresa:**

- tra 11 e 20 Km
- tra 21 e 50 Km
- tra 51 e 100 Km

di avere **diritto a priorità** in quanto:

- non idoneo/a all'espletamento delle funzioni del profilo di appartenenza (come da valutazione del Medico Competente);
- idoneo/a con limitazioni all'espletamento delle funzioni del profilo di appartenenza (come da valutazione del Medico Competente);
- usufruisce dei benefici di cui alla legge n. 104/1992 (art. 21 comma 2, art. 33 commi 5 e 6).

**Il/la sottoscritto/a**

- allega un curriculum formativo e professionale redatto sull'apposita modulistica;
- dichiara che le copie allegate relative alla propria condizione personale, familiare e sociale, nonché agli aspetti formativi sono conformi all'originale (allegare anche copia di un documento di identità valido);
- chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo :

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A .P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## CURRICULUM FORMATIVO – PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

## D I C H I A R A

**le seguenti esperienze formative:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**le seguenti esperienze professionali:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

### Il Dichiarante

data \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Unità Operativa Amministrazione del Personale – via Gramsci, 12 - 40121 Bologna

Attesto che la sottoscrizione delle dichiarazioni di cui sopra è stata apposta in mia presenza.

Bologna, li \_\_\_\_\_ Il funzionario ricevente \_\_\_\_\_