

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

**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:

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

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	DOMANDA DI MOBILITA' PERSONALE DEL COMPARTO CATEGORIE C D DS	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 _____