

Allegato alla Delibera n. 295 del 29.09.2018
In carta libera (L. 370/889)

Spettabile
**ORDINE ASSISTENTI SOCIALI
DELLA REGIONE LIGURIA**
Via XXV Aprile 16/7
16123 GENOVA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI MOBILITA' VOLONTARIA
PER LA COPERTURA DI N. 2 POSTI
"IMPIEGATO AMMINISTRATIVO – CATEGORIA B – LIVELLO 1"
RIVOLTO AI DIPENDENTI DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI STATALI E DEGLI ENTI LOCALI**

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome e nome)
presa visione del bando di disponibilità di n. 2 posti nella figura professionale di "impiegato amministrativo" a tempo indeterminato, categoria B, livello 1, da assegnare alla Segreteria, da coprire attraverso la mobilità volontaria indetta con Delibera n. 295 del 29.09.2018

chiede

di poter partecipare alla suddetta procedura.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle responsabilità penali in cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 (T.U. sulla documentazione amministrativa), in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e che qualora dal controllo delle dichiarazioni dovesse emergere la loro non veridicità, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

dichiara

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

1. di essere nato/a a _____ prov. ____ il _____ e
di essere residente a _____ prov. ____ C.A.P. _____
in via/frazione _____ n. _____

Indicare il domicilio se diverso dalla residenza _____

Tel. Abitazione _____ Tel. Cellulare _____

CODICE FISCALE _____

Indirizzo e-mail _____

2. di essere di stato civile _____ (specificare) e che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Grado di parentela

E con i seguenti figli non conviventi per i quali è stato disposto l'affidamento congiunto:

Cognome e nome	Data e luogo di nascita

3. che il trasferimento nei ruoli dell'Ordine regionale crea un avvicinamento, rispetto al precedente luogo di lavoro, al luogo di residenza del proprio ascendente o affine di primo grado Sig./a _____ nato/a a _____ il _____ residente _____ grado di parentela _____, che necessita da parte del/della sottoscritto/a.

4. di essere nelle seguenti condizioni:

Patologia grave cronica: **SI** **NO**

(Allegare certificato non anteriore ai sei mesi, attestante il carattere grave e cronico della patologia, ed percentuale certificato del medico specialista non anteriore ai sei mesi che attesta motivatamente che al distanza tra domicilio e sede di lavoro del/della dipendente reca pregiudizio alle condizioni di salute del/della dipendente medesimo/a. E' considerata patologia cronica la patologia destinata a durare nel tempo e che comporta una disabilità e che richiede l'effettuazione di terapie continuative o riabilitative pena l'aggravarsi della stessa).

Beneficiario degli artt. 21 o 33, commi 5 e 6, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e s.m.:

SI **NO**

11. di essere in possesso del seguente titolo di studio

Diploma di Scuola Media Superiore conseguito nell'anno _____ presso l'Istituto _____
 _____ con sede a _____ durata legale del corso di
 studi n. anni _____ riportando il punteggio finale di ____/____;

Indicare eventuali ulteriori titoli di studio posseduti:

12. di essere in possesso della patente di guida di categoria B o superiore;

13. di appartenere a figure dichiarate dalla propria amministrazione in eccedenza SI NO
 o di essere iscritto/a nell'elenco delle persone in disponibilità SI NO

14. di aver ottenuto i seguenti trasferimenti in esito a precedenti procedure di mobilità:

Dall'Ente	All'Ente	Data decorrenza

15. di non essere nelle situazioni di incompatibilità, previste dalle vigenti disposizioni legislative e regolamentari, ad assumere l'impiego alle dipendenze dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria,

ovvero di trovarsi nella seguente posizione di incompatibilità:

16. di possedere l'idoneità fisica alle mansioni da svolgere;

17. di conoscere ed accettare incondizionatamente le norme e le condizioni contenute nel bando di mobilità in oggetto deliberato dal CROAS Liguria in data 29.09.2018;

18. indicare quale unico recapito al quale l'Ordine invierà ogni comunicazione relativa alla presente procedura il seguente indirizzo e-mail _____

19. di avere preso visione dell'informativa resa ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati ai fini descritti.

Il candidato garantisce l'esattezza di quanto comunicato e si impegna a comunicare con lettera raccomandata o mediante e-mail, le variazioni che si verificassero fino all'esaurimento della procedura di cui al presente avviso pubblico.

Con riferimento al Regolamento Ue 679/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, il/la sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente al fine della formulazione della graduatoria per l'assunzione di personale a tempo indeterminato con la figura professionale di impiegato amministrativo e dell'eventuale costituzione del rapporto lavorativo che ne potrebbe conseguire. L'opposizione al conferimento degli stessi comporterebbe l'impossibilità da parte dell'Ordine a rispondere all'istanza del sottoscritto. I dati forniti saranno trattati dall'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria – Via XXV Aprile n. 16/7 – Genova e saranno comunicati, limitatamente alle informazioni strettamente necessarie, ai soggetti pubblici che intervengono nell'effettuazione della procedura in argomento.

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza del suo diritto, anche a mezzo terza persona fisica o associazione abbia conferito delega o procura, di conoscere i dati che riguardano gli interessi stessi ed intervenire circa il loro trattamento (ottenendo ad esempio la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati, potendo opporsi, in tutto o in parte al trattamento degli stessi).

Il titolare del Trattamento dei dati è il Presidente, quale rappresentante legale pro tempore dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Liguria.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi del Regolamento Ue 679/2016 e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati per i fini sopra descritti.

Data _____

Firma _____

(non è richiesta autenticazione ai sensi dell'art. 39 DPR 445/2009)