Illustrissimo Direttore Risorse umane e R.s.

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Via Venezian, 1 - **20133 MILANO**

Il/la sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. di\_\_\_\_\_\_\_\_) residente in

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

C.A.P \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di poter partecipare Avviso Pubblico di mobilità volontaria per titoli e colloquio riservato a personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, in servizio nelle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, per la copertura **di n. 4 posti a tempo pieno ed indeterminato di Collaboratore professionale sanitario tecnico sanitario di radiologia medica**, cat. D.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti ed uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato decreto, quanto segue

* di essere cittadino italiano, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o cittadino di uno dei paesi dell’Unione Europea;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:
* di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno con scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non aver subito condanne penali (oppure):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della Laurea triennale in Tecnico sanitario di radiologia medica ovvero diploma conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente, conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere dipendente a tempo indeterminato presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di **Collaboratore professionale sanitario tecnico sanitario di radiologia medica, cat. D** e di aver superato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il periodo di prova contrattualmente previsto;
* di essere in possesso del nulla osta preventivo, pieno e incondizionato al trasferimento per mobilità in uscita presso la scrivente Fondazione, rilasciato dall’Ente di appartenenza. Il nulla osta di cui trattasi potrà essere prodotto anche successivamente alla conclusione della procedura selettiva in oggetto;
* di non aver superato il periodo di comporto;
* di avere/non avere limitazioni alla mansione specifica;
* di essere nella seguente posizione dei riguardi degli obblighi militari:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall’impiego presso la Pubblica Amministrazione;
* di non aver cause ostative al mantenimento del rapporto di pubblico impiego;
* di non avere avuto sanzioni disciplinari nell’ultimo biennio e/o procedimenti disciplinari in corso alla data di scadenza del presente avviso;
* di accettare senza alcuna riserva le condizioni previste dal presente avviso di mobilità;
* che i documenti allegati alla presente istanza, sono conformi agli originali, ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445

CHIEDE

che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ad esonerando la Fondazione IRCCS “Istituto Nazionale dei Tumori” da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità: via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*1.4.02/537/2021*