

## **Enti Pubblici**

Aziende Sanitarie Locali ed altre istituzioni sanitarie

I.F.O. ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

Avviso

**AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' VOLONTARIA NAZIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: n. 1 posto di DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA – NEUROCHIRURGIA.**



## **AVVISO PUBBLICO DI MOBILITA' VOLONTARIA NAZIONALE TRA AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 295 del 02/03/2020, da intendersi qui integralmente riprodotta, è indetto un avviso pubblico di mobilità volontaria nazionale, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., così come modificato dall'art. 4 della Legge 114/2014, per la copertura di

### **n. 1 posto di DIRIGENTE MEDICO DISCIPLINA – NEUROCHIRURGIA**

Il presente avviso di mobilità volontaria nazionale è rivolto ai dipendenti in servizio a tempo indeterminato presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale con inquadramento nel profilo professionale di Dirigente Medico disciplina neurochirurgia. Le istanze di mobilità giacenti presso gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri o che pervengano prima della pubblicazione del presente avviso di mobilità non saranno prese in considerazione; pertanto coloro che avessero già presentato domanda di trasferimento anteriormente alla pubblicazione del presente avviso di mobilità dovranno presentare nuova domanda contenente specifico riferimento al presente avviso entro i termini di scadenza previsti. Analogamente non verranno prese in considerazione domande di mobilità che, pur pervenute nei termini di scadenza dell'avviso, non facciano esplicito riferimento allo stesso. L'assunzione è intesa a tempo pieno. L'istante che si trovasse presso l'Amministrazione di provenienza in regime di impegno ridotto, dovrà sottoscrivere il contratto individuale di lavoro per la posizione a tempo pieno.

### **REQUISITI SPECIFICI PER LA PARTECIPAZIONE**

Per l'ammissione alla procedura di mobilità è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- a.** essere dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato di Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale, in qualità di Dirigente Medico disciplina di Neurochirurgia;
- b.** aver superato il relativo periodo di prova nel profilo professionale e disciplina in oggetto;
- c.** non avere subito negli ultimi due anni antecedenti alla data di pubblicazione dell'Avviso di mobilità valutazioni negative;
- d.** essere in possesso di idoneità fisica al posto da ricoprire, senza alcuna limitazione e di non aver inoltrato istanza alla propria amministrazione per il riconoscimento di inidoneità anche parziale allo svolgimento delle predette funzioni;

I suddetti requisiti devono essere posseduti, a pena di esclusione, sia alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di partecipazione all'avviso che alla data del successivo ed effettivo trasferimento

### **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.**

La domanda di partecipazione all'avviso di mobilità, debitamente sottoscritta deve essere redatta in carta semplice nella forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente, nella consapevolezza delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni ex art. 76 del D.P.R. 445/2000, e secondo lo schema allegato. (pena esclusione),

In applicazione delle modifiche previste dall'art. 15 c. 1 L. 183/2011 alla disciplina dei certificati e delle dichiarazioni sostitutive di cui al D.P.R. 445/2000, le Amministrazioni, a decorrere dal 1.1.2012 non possono più richiedere né accettare certificati, che dovranno essere sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dell'atto di notorietà.

La domanda di partecipazione alla procedura di mobilità, pertanto, dovrà essere corredata da:

1. foglio notizie per la procedura di mobilità di cui all'allegato;
2. un curriculum professionale e formativo datato e firmato, redatto secondo lo schema di cui all'allegato in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e secondo le modalità di rilascio di dichiarazioni sostitutive indicate nel presente avviso di mobilità;
3. pubblicazioni edite a stampa presentate in originale o copia conforme all'originale;
4. fotocopia fronte retro di un documento di identità in corso di validità.

La domanda di partecipazione alla procedura di mobilità deve essere indirizzata al Direttore Generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri – Via Elio Chianesi 53 – 00144 ROMA.

La domanda dovrà PERVENIRE con una delle seguenti modalità:

- a mezzo raccomandata del servizio postale;
- mediante consegna a mano della domanda all'Ufficio Protocollo degli I.F.O. - Istituti Fisioterapici Ospitalieri – Via Elio Chianesi 53 – 00144 ROMA rispettando il seguente orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13 - lunedì e mercoledì dalle 14,30 alle 16,30;
- mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: [risorseumane@cert.ifo.it](mailto:risorseumane@cert.ifo.it)

A norma dell'art. 65 del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i. la spedizione deve essere effettuata da una casella di posta elettronica certificata. La validità dell'invio mediante P.E.C. è subordinata all'utilizzo da parte dei candidati di casella di posta elettronica certificata personale. La domanda – debitamente sottoscritta e gli allegati in formato PDF, devono essere inoltrati in un unico file. Non sarà ritenuto valido, con conseguente esclusione dei candidati dalla procedura, l'invio di posta elettronica semplice/ordinaria, anche se effettuata all'indirizzo di posta certificata sopra indicato, o l'invio tramite PEC intestate ad altre persone fisiche o giuridiche. Qualora in considerazione dei titoli che si intendano presentare, non sia possibile per ragioni tecniche inviare un unico file formato pdf, sarà possibile inviare un archivio dei file aggregati in formato winzip o winrar utilizzando i relativi programmi di uso quotidiano di compressione del peso di ogni file.

Nell'oggetto della mail deve essere riportata la dicitura (“DOMANDA AVVISO DI MOBILITA' DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA NEUROCHIRURGIA”);

Il termine per la presentazione della domanda di partecipazione all'avviso di mobilità scade il 30° giorno successivo a quello della data di pubblicazione dell'estratto del presente bando sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – IV serie Speciale. Qualora detto giorno sia festivo il termine sarà prorogato al primo giorno successivo non festivo. La data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante. Si considerano, comunque, pervenute fuori termine, qualunque ne sia la causa, le domande presentate al servizio postale in tempo utile ma recapitate a questo Ente oltre i 6 giorni dal termine di scadenza. L'amministrazione non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata o tardiva comunicazione di variazione dell'indirizzo indicato nella domanda, né da eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili all'Amministrazione stessa.

#### **Dichiarazioni sostitutive contenute nel curriculum e nel foglio notizie**

Le dichiarazioni sostitutive di cui al DPR 445/2000 devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta/esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, a pena di non validità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante. Tali dichiarazioni devono essere rilasciate una sola volta nell'ambito del curriculum professionale e formativo, formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà e corredato da fotocopia fronte retro di un valido documento di identità, come da schema allegato, senza ripetizione in altri documenti, essendo inutile dichiarare le medesime attività più volte in documenti diversi.

La dichiarazione concernente i SERVIZI PRESTATI inserita nel curriculum deve contenere i rapporti di lavoro di tipo subordinato a tempo determinato/indeterminato e, per ciascuno di essi, deve contenere:

- 1) l'esatta indicazione dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato;
- 2) la natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato/determinato);
- 3) la qualifica rivestita;
- 4) la tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno - parziale, con l'indicazione del numero di ore svolte alla settimana, ... ecc.);
- 5) la data di inizio e fine del rapporto di lavoro;
- 6) l'indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ... ecc.);
- 7) tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso: in particolare, per le dichiarazioni relative ai servizi prestati presso Case di Cura è necessario che il Dirigente indichi con chiarezza se la Struttura è o meno convenzionata o accreditata con il SSN. Nella dichiarazione relativa ai servizi, se il servizio è stato prestato presso il SSN, deve essere attestato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46, del D.P.R. n° 761/79, in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto. In caso positivo l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

Per i TITOLI DI STUDIO UNIVERSITARI, deve essere indicato l'Ente che ha rilasciato il titolo, la durata del corso, la data di conseguimento e la votazione riportata.

Le PUBBLICAZIONI devono essere obbligatoriamente allegate per la valutazione; devono essere edite a stampa e sono valutate solo se presentate in originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale (con le modalità di cui agli artt. 19 e 47 DPR 445/2000).

Nella parte relativa al CURRICULUM devono essere inseriti tirocini, contratti libero professionali, contratti di collaborazione coordinata e continuativa, altre attività, indicando:

- Ente presso il quale il servizio è stato prestato;
- Natura giuridica del rapporto (tirocinio, contratto di collaborazione, contratto libero-professionale, contratto occasionale, altre attività);
- Qualifica rivestita;
- Indicazione del numero di ore svolte alla settimana;
- Data di inizio e data di fine del rapporto di lavoro.

Per le DOCENZE, deve essere indicato l'Ente presso cui sono state effettuate, il periodo, le ore e l'oggetto.

Per i CORSI DI FORMAZIONE e DI AGGIORNAMENTO deve essere indicato l'oggetto, la data ed il luogo di svolgimento, l'Ente organizzatore, l'eventuale esame finale, la durata.

Non saranno prese in considerazione dichiarazioni generiche o incomplete. L'interessato è tenuto a specificare con esattezza tutti gli elementi e i dati necessari per una corretta valutazione.

#### MOTIVI DI ESCLUSIONE

Non saranno ammesse le domande di coloro che non siano in possesso dei requisiti specifici per la partecipazione previsti dal presente bando. E' motivo di esclusione dalla procedura la presentazione di domande non sottoscritte dal candidato o non compilate nella forma dell'autocertificazione o prive in tutto o in parte delle dichiarazioni obbligatorie di cui agli schemi predisposti ed al foglio notizie.

Verranno inoltre escluse le domande inviate oltre il termine di scadenza fissato dall'avviso.

L'esclusione verrà notificata agli interessati nei termini previsti per l'espletamento della prova colloquio. La comunicazione ai candidati viene effettuata esclusivamente tramite pubblicazione sul sito [www.ifo.it](http://www.ifo.it) nella sezione "Bandi di concorso e avvisi pubblici".

#### VALUTAZIONE DEI CANDIDATI

I candidati ammessi saranno valutati da un'apposita Commissione, che sarà nominata dal Direttore Generale. Si procederà alla valutazione dei candidati ammessi attraverso l'esame comparato del curriculum formativo e professionale e l'espletamento di una prova colloquio.

**Valutazione e punteggi**

La Commissione Esaminatrice preposta alla formulazione della graduatoria dispone di 100 punti così ripartiti:

**40 punti** per la valutazione dei titoli:

- 20 punti per il curriculum formativo e la carriera;
- 8 punti per i titoli accademici e di studio;
- 8 punti per pubblicazioni e attività scientifica;
- 4 punti situazione familiare e sociale; Per essere oggetto di valutazione da parte della Commissione le situazioni familiari e sociali devono essere dimostrate, allegando documentazione comprovante il possesso del requisito;
- 60 punti per il colloquio.

Il superamento della prova colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 40/60.

La data e la sede della prova colloquio saranno comunicati ai candidati esclusivamente tramite pubblicazione sul sito [www.ifo.it](http://www.ifo.it) nella sezione “Bandi di concorso e avvisi pubblici”. Al colloquio gli aspiranti dovranno presentarsi muniti di documento di identità in corso di validità.

Il candidato che non si presenti a sostenere la prova colloquio è escluso dalla procedura di mobilità.

**Elenco finale dei soggetti ritenuti idonei**

L’attribuzione del punteggio discenderà dalla valutazione effettuata dalla Commissione sull’esame dei titoli e dalla motivazione complessiva elaborata per ogni soggetto.

L’elenco finale dei soggetti ritenuti idonei al trasferimento diretto tra Amministrazioni, stilato dalla Commissione non si configura come graduatoria ai sensi del comma 5 ter dell’art. 35 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. ed ha pertanto una validità limitata alla copertura del posto messo a bando. Detto elenco non può essere utilizzato da altre Aziende e Enti per la copertura di posti vacanti.

Gli esiti della procedura di mobilità saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito [www.ifo.it](http://www.ifo.it) nella sezione “Bandi di concorso e avvisi pubblici”.

**PERFEZIONAMENTO DEL TRASFERIMENTO**

Ai sensi dell’art. 30, comma 1 del D.Lgs 165/2000 e s.m.i. il trasferimento del candidato - dichiarato idoneo alla presente procedura, previo assenso dell’Amministrazione di appartenenza - si perfezionerà con la stipula del contratto individuale, ai sensi del CCNL per la Dirigenza Medica e veterinaria attualmente vigente. L’Azienda prima di procedere alla stipula del contratto di lavoro individuale inviterà l’avente titolo alla mobilità a presentare, entro 10 giorni dalla richiesta, le dichiarazioni sostitutive relative alla documentazione prescritta dalle disposizioni regolanti l’accesso al rapporto di lavoro medesimo. Questa Amministrazione è tenuta ad effettuare, ai sensi dell’art. 71 del DPR 445/2000 e dell’art. 15 della Legge 183 del 12/11/2011, idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva di cui agli articoli 19 - 46 - 47 ed a trasmettere le risultanze all’autorità competente, in base a quanto previsto dalla normativa in materia. Fermo restando quanto previsto dall’art. 76 del citato DPR 445/2000 e s.m.i. circa le sanzioni penali previste per le dichiarazioni false, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il candidato all’atto dell’assunzione per trasferimento dovrà avere interamente fruito il congedo ordinario maturato presso l’Amministrazione di provenienza.

**TRATTAMENTO DATI PERSONALI – RITIRO DOCUMENTAZIONE**

Ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei dati. 679 del 2016 i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la U.O.C. Risorse Umane per le finalità di gestione dell'avviso e saranno trattati, presso una banca dati automatizzata, anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione della legge e dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle amministrazioni pubbliche direttamente interessate alla posizione giuridico-economica del candidato. Il responsabile del trattamento è il Direttore della U.O.C. suddetta. La documentazione presentata in originale potrà essere ritirata - personalmente o da incaricato munito di delega, previo riconoscimento tramite documento d'identità valido - trascorsi 180 giorni dalla data di pubblicazione sul sito web aziendale della deliberazione di approvazione dell'Elenco finale idonei ed esclusivamente nel termine dei successivi 90 giorni, fatto salvo il differimento del ritiro in esito ad eventuale contenzioso in atto.

#### NORME FINALI

L'Azienda si riserva la facoltà, per legittimi motivi, di modificare, sospendere, o revocare in tutto o in parte il presente avviso o riaprire e/o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio e in qualsiasi momento, senza che gli aspiranti e/o i graduati possono sollevare eccezioni, diritti o pretese e senza l'obbligo di notificare ai singoli concorrenti il relativo provvedimento.

Per ulteriori informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla U.O.C. Risorse Umane – Ufficio concorsi e mobilità Istituti Fisioterapici Ospitalieri – Via Elio Chianesi 53 – 00144 ROMA – telefono 06 52662759 0652666669 o consultare il sito internet [www.ifo.it](http://www.ifo.it) nella sezione “Bandi di concorso e avvisi pubblici”

IL DIRETTORE GENERALE  
(dott. Francesco Ripa di Meana)

(segue schema esemplificativo della domanda di partecipazione)

**Al Direttore Generale  
Istituti Fisioterapici Ospitalieri  
Via Elio Chianesi 53  
00144 Roma**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
chiede di essere ammesso a partecipare all'Avviso, per titoli e colloquio; di mobilità nazionale per la copertura a tempo indeterminato di n. 1 posto di Dirigente Medico nella disciplina di NEUROCHIRURGIA, come da Avviso pubblicato sul BURL n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.  
A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 DPR 445/2000), dichiara:

- Essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- Di essere residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- Di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso Azienda o Ente del SSN \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- Di essere inquadrato nel profilo di \_\_\_\_\_ ruolo \_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_;
- Di aver superato il periodo di prova;
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- Di non aver subito negli ultimi due anni antecedenti alla data di pubblicazione dell'Avviso di mobilità valutazioni negative;
- Di avere la piena idoneità allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo professionale oggetto dell'avviso
- Di non aver superato il periodo di comporta;
- Di essere disposto a prestare la propria attività presso la sede di lavoro prevista dal presente avviso e di accettare le condizioni in esso contenute;

Chiede che ogni comunicazione inerente l'Avviso di mobilità venga inviata al seguente indirizzo:  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
p.e.c.: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a allega alla domanda il foglio notizie ed il curriculum formativo professionale formulati come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, in originale o copia conforme all'originale e fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Il/La sottoscritto/a autorizza gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del GDPR 79/2016.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**SCHEMA DI**  
**Curriculum formativo e professionale**  
**redatto ai sensi degli Artt. 46 e 47 DPR 445/2000**  
**(dichiarazione sostitutiva di certificazione - dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR 445/2000), dichiara i seguenti stati, fatti e qualità personali:

**Titoli di carriera**

*Per ogni contratto subordinato a tempo indeterminato/determinato precisare:*

- Ente presso il quale il servizio è stato prestato;
- Natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto subordinato a tempo indeterminato/determinato);
- Qualifica rivestita;
- Tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno - parziale, con l'indicazione del numero di ore svolte alla settimana, ... ecc.);
- Data di inizio e data di fine del rapporto di lavoro;
- Indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ...ecc.);

N.B. Nella certificazione relativa ai servizi, se il servizio è stato prestato presso il SSN, deve essere attestato se ricorrano o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 46, del D.P.R. n° 761/79, in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto. In caso positivo l'attestazione deve precisare la misura della riduzione del punteggio.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Titoli accademici e di studio:**

*Per ogni titolo precisare:*

- Ente che ha rilasciato il titolo
- la durata del corso
- la data di conseguimento
- la votazione riportata.

---

---

---

---

---



**Pubblicazioni e titoli scientifici**

**Allegare in originale o in copia conforme all'originale eventuali pubblicazioni**

**Curriculum formativo e professionale**

**Inserire qui tirocini, contratti libero professionali, contratti di collaborazione coordinata e continuativa, altre attività, indicando:**

- Ente presso il quale il servizio è stato prestato;
- Natura giuridica del rapporto (tirocinio, contratto di collaborazione, contratto libero-professionale, contratto occasionale, altre attività);
- Qualifica rivestita;
- Indicazione del numero di ore svolte alla settimana;
- Data di inizio e data di fine del rapporto di lavoro.

**Per l'attività di docenza indicare:**

- Ente presso cui sono state effettuate;
- Periodo, n. ore, oggetto

**Per ogni Corso di formazione frequentato indicare:**

- Oggetto;
- la data e il luogo di svolgimento;
- l'Ente organizzatore;
- l'eventuale esame finale;
- crediti formativi attribuiti

---

---

---

---

---

---

---

---

(segue)

**FOGLIO NOTIZIE PER LA PROCEDURA DI MOBILITA'***Il sottoscritto:*

Cognome.....Nome.....

Luogo di nascita..... Data di nascita ...../...../.....

Residente a ..... CAP ..... In Via ..... n. ....

Domiciliato a ..... CAP ..... in Via ..... n. ....

Telefono ..... E-mail .....

*ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara quanto segue:*

Azienda o Ente di provenienza ::::.....

Profilo Professionale .....

Ruolo Area e Disciplina .....

Data di assunzione (a tempo indeterminato) .....

Sede di lavoro attuale (presidio/U.O.) .....

Rapporto di lavoro Part-Time SI  (dal ..... ) NO 

Tipologia orario .....

Titolo di Studio/specializzazione .....

1) Superamento periodo di prova SI  NO  (data superamento stimata .....)

2) Ferie residue alla data attuale .....

3) Procedimenti disciplinari ..... Esito .....

4) Idoneità alla mansione: SI  SI, con limitazioni NO, temporanea  NO, permanente 5) Attività ex L. 266/91 .....  
(attività di volontariato, protezione civile, etc. ....)6) Appartenenza a categorie protette: SI  (specificare ..... ) NO 

7) Procedimenti penali in corso .....

8) Condanne penali riportate .....

9) Godimento benefici art. 33 L. 104/92 .....

10) Godimento benefici art. 79 D. Lgs. 267/2000 .....  
(componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionali, delle comunità montane, etc.)

11) Incarichi istituzionali (con aspettativa per funzioni pubbl. elettive).....

12) Incarichi sindacali (con aspettativa/distacco sindacale).....

13) Contenzioso in atto inerente provvedimenti di inquadramento.....

.....

14) Accertamento sanitario in corso .....

***N.B. : Tutti i campi devono essere compilati, anche in caso di risposta negativa.***

Il sottoscritto autorizza gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura e nell'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

.....

(data)

.....

(firma leggibile)

*(allegare copia documento di identità)*