FOGLIO NOTIZIE PER LA PROCEDURA DI MOBILITA'

Il/La sottoscritto/a:

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

Luogo di nascita.....

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

Residente a CAP

In Via n.

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

.....

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

.....

Profilo Professionale

.....

Categoria – Fascia economica –

.....

Data di assunzione (a tempo indeterminato)

.....

Rapporto di lavoro Part-Time SI (dal)

NO

Tipologia orario

.....

Superamento periodo di prova SI NO (data superamento stimata)

Anzianità di servizio:

Tipi Azienda o Ente	Qualifica	Tipologia rapporto (tempo indeterminato o determinato)	Periodo	PART TIME (indicare % o numero ore settimanali)

Stato civile:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

COGNOME E NOME	NASCITA		RAPPORTO CON IL DICHIARANTE	CONVIVENTE (SI/NO)
	LUOGO	DATA		

e tale nucleo risiede a.....

I seguenti soggetti componenti il nucleo familiare si trovano in situazione di disabilità come da certificazione allegata:

.....
.....
.....
.....

Appartenenza a categorie protette:

SI (specificare)
NO

Assenze fruite nell'ultimo triennio

CAUSALE ASSENZA (es. Malattia, Infortunio, Aspettativa non retribuita per motivi personali ecc.)	PERIODO DAL	AL

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

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma 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)