

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA/ENTE \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA/ENTE \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

1. Il / La sottoscritto/a (*dipendente in uscita 1*) \_\_\_\_\_ nat. il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_ dipendente nel  
profilo di \_\_\_\_\_ superamento periodo di prova dal  
\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato, in servizio presso l'Azienda/Ente \_\_\_\_\_

E

2. Il / La sottoscritto/a (*dipendente in entrata 2*) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_  
Tel/cell. \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_  
indirizzo PEC \_\_\_\_\_ dipendente a tempo indeterminato  
dell'Azienda/Ente \_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, superamento del periodo di prova dal \_\_\_\_\_ U.O. /  
Reparto \_\_\_\_\_ Data assunzione \_\_\_\_\_ e di essere ancora  
iscritto/a all'albo professionale \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ numero e  
data di iscrizione \_\_\_\_\_

**CHIEDONO  
DI POTER ATTIVARE LA MOBILITA' DI COMPENSAZIONE**

Per il seguente motivo \_\_\_\_\_

I sottoscritti dichiarano, altresì, di dare il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella presente modulistica, qualora assumano connotazione di dati sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 s.m.i. e del Regolamento Europeo 2016/676 nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del presente procedimento e con le modalità sopra specificate.

Si precisa che le ferie/ore eccedenti il debito orario maturati da entrambi i dipendenti, dovranno essere usufruiti presso l'Azienda/Ente di appartenenza entro la data di decorrenza della mobilità di compensazione, fatte salve eventuali accordi tra le strutture di riferimento.

Il dipendente in uscita (1)

Il dipendente in entrata (2)

\_\_\_\_\_

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> 

A tal fine il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (*dipendente in entrata 2*) dichiara altresì che i seguenti stati, fatti o qualità personali sono resi ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di possedere presso l'attuale Azienda/Ente di appartenenza, la piena ed incondizionata idoneità allo svolgimento delle mansioni proprie del profilo;  
A tal proposito è consapevole che il prossimo ingresso lavorativo sarà comunque subordinato al conseguimento della piena ed incondizionata idoneità specifica alla mansione, accertata dal Medico Competente; tale accertamento sarà effettuato prima dell'immissione in servizio, in sede di visita preventiva in fase preassuntiva, ai sensi dell'ex art. 41, comma 2, lettera E bis del Decreto Legislativo n.81/08;
- di appartenere alla categoria protetta:  SI  NO  
in caso positivo, specificare quale: \_\_\_\_\_
- di avere riportato procedimenti disciplinari nell'ultimo biennio:  SI  NO
- di avere in corso procedimenti disciplinari:  SI  NO
- di avere riportato condanne penali:  SI  NO
- di avere in corso procedimenti penali pendenti:  SI  NO

Alla presente richiesta il *dipendente in entrata* allega:

- curriculum formativo e professionale in formato europeo, comprensivo dei servizi svolti con rapporto di dipendenza presso Pubbliche Amministrazioni, ovvero il servizio in corso, redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (*"il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità dichiara che quanto indicato nel curriculum formativo e professionale corrisponde a verità"*), trasmesso unitamente a fotocopia di documento di identità valido.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di dare il proprio consenso al trattamento dei propri dati indicati nella presente richiesta, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 s.m.i. e del Regolamento Europeo 2016/676 nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del presente procedimento e con le modalità sopra specificate.

Bologna,

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile e per esteso)