

DOMANDA SELEZIONE INTERNA PER LA PROGRESSIONE ECONOMICA
ORIZZONTALE
RISERVATA AL PERSONALE DEL COMPARTO UNIVERSITA'
EQUIPARATO AL COMPARTO SSN
DIPENDENTE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA IN CONVENZIONE CON
L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ matricola _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

Profilo Professionale, Categoria e Fascia Economica (alla data del 01.01.2015)

In servizio presso (attuale) _____

RECAPITI AI FINI DELLA PRESENTE SELEZIONE (INDIRIZZO, TELEFONO, E-MAIL)

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALLA SELEZIONE PER ACQUISIRE LA FASCIA ECONOMICA SUPERIORE
A QUELLA ATTUALMENTE IN POSSESSO

(Compilare se necessario)

Delego il Sig. _____, nato a _____ il _____

documento n. _____ rilasciato da _____ in data _____

a consegnare la presente domanda di partecipazione.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità dichiara,

- a) di ESSERE/NON ESSERE STATO (*cancellare l'ipotesi che non interessa*) destinatario di provvedimenti disciplinari più gravi del rimprovero verbale nel biennio precedente e di procedimenti disciplinari pendenti in costanza di procedimento penale;
- b) di AVERE/NON AVERE esercitato (*cancellare l'ipotesi che non interessa e, in caso affermativo, specificare*) nel periodo intercorrente tra l'ultima attribuzione di fascia ed il 31.12.2014 mansioni superiori conferite ed esercitate ai sensi degli artt. 28 CCNL 94-97 e 41, c. 3, CCNL 07/04/1999 _____;
- c) di ESSERE/NON ESSERE STATO (*cancellare l'ipotesi che non interessa e, in caso affermativo, specificare*) nel periodo intercorrente tra l'ultima attribuzione di fascia ed il 31.12.2014 titolare di incarichi dirigenziali in enti del SSN terminati con valutazione positiva _____;
- d) di ESSERE/NON ESSERE STATO (*cancellare l'ipotesi che non interessa e, in caso affermativo, specificare*) nel periodo intercorrente tra l'ultima attribuzione di fascia ed il 31.12.2014 titolare funzioni di coordinamento (ex art. 10 CCNL 20/09/01, II° biennio) e/o incarico di posizione organizzativa esercitate e cessate alla data del 31.12.2014 non per valutazione negativa e, nel caso di incarico di posizione organizzativa, non sia stato possibile dare applicazione all'art. 36, comma 3, CCNL 7/04/1999 _____;

Luogo e Data _____

Firma _____

N.B. Allegare copia fronte retro documento di identità datata e firmata

Periodi di servizio nel profilo professionale SSN di inquadramento al 01.01.2015

_____ (Tempo indeterminato e Tempo determinato)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

nato/a a _____ il _____ ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità dichiara, in sostituzione delle normali certificazioni, di aver prestato **NEL PROFILO PROFESSIONALE DI SUI SOPRA** i seguenti periodi di servizio:

PRESSO L'AOUS IN CONVENZIONE:

1.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

2.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

3.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

4.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

5.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

ALLE DIPENDENZE DELL'AOUS (eventuale)

1.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

2.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

3.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

PRESSO ENTI O AZIENDE DEL SSN O EQUIPARATI (eventuale):

1.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

2.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

3.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

4.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

5.
Natura giuridica (T.I./T.D.) _____ dal _____ al _____
presso _____

Tempo pieno/tempo parziale (indicare n. ore settimanali) _____
eventuali periodi di interruzione (ASA, sospensione cautelare...) dal _____ al _____

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. (ART. 46 C. 5: "La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento.")

Luogo e Data _____

(firma per esteso e leggibile)

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

*RICEVUTA DI CONSEGNA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL
BANDO DI SELEZIONE INTERNA PER LA PROGRESSIONE ECONOMICA
ORIZZONTALE*

CONSEGNATA DAL SIG. _____

in data

Firma

DELL'ADDETTO RICEVENTE.....