

Rif. Prot. n. _____

Spettabile
Comune di Arco
Ufficio Personale
piazza III Novembre, n. 3
38062 - ARCO (TN)

comune@pec.comune.arco.tn.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA' PER
LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 2 POSTI NELLA
SEGUENTE FIGURA PROFESSIONALE:**

**COLLABORATORE CONTABILE
categoria C – livello evoluto
con orario di lavoro a tempo pieno**

- presso i Servizi Finanziario e Economato -

ATTRAVERSO MOBILITA'

ai sensi dell'art. 76 e ss. del contratto collettivo provinciale di lavoro di data 01/10/2018 del personale del
comparto autonomie locali

Il/la sottoscritto/a:

Cognome		Nome	
Luogo di nascita	Prov.	Data di nascita	
Residenza	Prov.	Via	n. civico
C.A.P.	Codice fiscale		
Telefono	Cellulare		
indirizzo e.mail	Indirizzo PEC		

presa visione del bando di mobilità prot. n. _____ di data _____, per la copertura di **n. 2 posti di collaboratore contabile, categoria C, livello evoluto**, con contratto di lavoro a tempo pieno, presso i Servizi Finanziario e Economato, indetto da codesta Amministrazione comunale,

c h i e d e

di poter partecipare alla procedura di mobilità per passaggio diretto, ex art. 81 del contratto collettivo provinciale di lavoro di data 01/10/2018.

A tal fine lo/la scrivente, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole sia delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sia della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, secondo quanto previsto dagli art. 75 e 76 dello stesso decreto,

d i c h i a r a

(barrare e completare le caselle che interessano)

1. di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____;

2. di essere residente a _____ in via _____
_____ n. _____;

3. ☐ di essere attualmente dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato presso:
_____ (indicare l'Ente di appartenenza),
con sede di lavoro a _____ via _____;
di essere inquadrato nella figura professionale di _____
(COLLABORATORE CONTABILE o AMMINISTRATIVO/CONTABILE o equipollente, categoria
C, livello evoluto, dalla data del _____ e di aver
superato il periodo di prova;

Note: _____

4. ☐ di possedere la seguente anzianità di servizio nella categoria C livello evoluto, nella figura di
Collaboratore contabile, amministrativo/contabile o equipollente;

Datore di lavoro	dal	al	Note

5. ☐ di aver effettuato, dopo la data di inquadramento nella figura professionale richiesta, periodi di
assenza non validi ai fini giuridici (aspettative/congedi/permessi non retribuiti/periodi di sospensione
disciplinare dal servizio con privazione dello stipendio, ecc..) come in appresso indicato:

Periodo	motivazione

☐ di non aver effettuato, dopo la data di inquadramento nella figura professionale richiesta, alcun
periodo di assenza non valido ai fini giuridici;

6. ☐ che il proprio nucleo familiare, oltre al richiedente, è così composto:

Cognome e Nome	Data di nascita	Relazione di parentela con il richiedente (coniuge/convivente, figlio, ecc.)	Fiscalmente a carico del richiedente anno 2021	Percettore di reddito anno 2021
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO

7. ☐ di essere in stato di handicap o grave debilitazione psico-fisica, in relazione al quale è attestato da un sanitario che la distanza tra domicilio e sede di lavoro reca pregiudizio alle condizioni di salute, come attestato dall'allegata certificazione medica;

8. ☐ di godere dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992, come attestato dall'allegata certificazione medica;

9. di essere in possesso del seguente **titolo di studio**:

☐ **diploma di scuola media superiore** (specificare): _____

conseguito in data _____ presso _____

con sede in _____ con votazione finale di _____ su _____ ;

☐ **laurea in**: _____

conseguita in data _____ presso la Facoltà di _____

sita in _____ con votazione finale di _____ su _____

al termine di corso di studi della durata legale di anni _____ ;

specificare la tipologia di laurea conseguita:

☐ Laurea triennale appartenente alla classe _____ ;

☐ Laurea conseguita secondo l'ordinamento in vigore prima della riforma universitaria attuata con D.M. 509/1999 (vecchio ordinamento);

☐ Laurea specialistica (LS) appartenente alla classe _____ ;

☐ Laurea magistrale (LM) appartenente alla classe _____

Eventuale: se il titolo di studio è stato conseguito all'estero barrare la seguente casella:

☐ di essere in possesso della dichiarazione di equipollenza al titolo di studio italiano del proprio titolo di

studio rilasciata in data _____ dalla competente autorità italiana, come risulta dalla documentazione allegata;

☐ **altro titolo** (specificare): _____

conseguito in data _____ presso _____

con sede in _____ con votazione finale di _____ su _____

10. ☐ di essere iscritto nell'elenco del personale in disponibilità;

11. ☐ di appartenere a una figura professionale dichiarata in eccedenza, secondo quanto disciplinato nel Capo VII del C.C.P.L. 01.10.2018 del personale del comparto autonomie locali, area non dirigenziale;

12. ☐ di godere dei diritti civili e politici;

13. ☐ di non avere riportato condanne penali o applicazioni della pena su richiesta di parte (patteggiamento);

☐ ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali o applicazioni della pena su richiesta di parte (patteggiamento): _____

(citare gli estremi del provvedimento)

Se sono state riportate condanne penali, indicare l'elenco completo delle stesse (anche di quelle che hanno il beneficio della non menzione sul casellario giudiziale), con l'indicazione dell'organo giudiziario che le ha emesse e la sede del medesimo.

14. ☐ di non avere procedimenti penali pendenti;

☐ ovvero di avere i seguenti procedimenti penali pendenti:

estremi del procedimento _____

tipo di reato _____

organo giudiziario presso il quale è pendente _____

sito in _____ (luogo);

(citare gli estremi del procedimento, il tipo di reato, l'organo giudiziario)

15. ☐ di non avere procedimenti disciplinari in corso;

☐ ovvero di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso:

sanzione disciplinare _____

tipo di violazione _____

<p>16. <input type="checkbox"/> che non sono state irrogate, nel biennio precedente la scadenza del presente avviso, sanzioni disciplinari nei propri confronti;</p> <p><input type="checkbox"/> ovvero che sono state irrogate, nel biennio precedente la scadenza del presente avviso, le seguenti sanzioni disciplinari nei propri confronti:</p> <p>sanzione disciplinare _____</p> <p>tipo di violazione _____</p> <p>anno di riferimento _____</p>
<p>17. <input type="checkbox"/> di possedere l'idoneità fisica alle mansioni da svolgere (N.B. Ai sensi dell'art. 1 della legge 28 marzo 1991 n. 120 la condizione di privo della vista comporta l'inidoneità fisica specifica per lo svolgimento delle mansioni di cui alla presente procedura);</p>
<p>18. <input type="checkbox"/> di appartenere alla categoria di soggetti di cui all'art. 3 della Legge 05.02.1992 n. 104 e di richiedere, per l'espletamento della prova, eventuali ausili in relazione all'handicap e/o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>se SI' specificare quali _____</p> <p>_____;</p> <p><i>(i candidati dovranno allegare – in originale o in copia autenticata – certificazione relativa allo specifico handicap rilasciata dalla Commissione medica competente per territorio, dalla quale risultino gli ausili ed i tempi aggiuntivi eventualmente concessi per sostenere la prova);</i></p>
<p>19. <input type="checkbox"/> di non essere stato destituito/a o dispensato/a o licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;</p>
<p>20. <input type="checkbox"/> di aver diritto di preferenza alla nomina per i seguenti motivi (in caso di parità di punteggio finale):</p> <p>_____;</p> <p><i>(La mancata dichiarazione esclude il concorrente dal beneficio)</i></p>
<p>21. <input type="checkbox"/> di prestare consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. n. 196/2003 da parte dell'amministrazione comunale che ha indetto la procedura di mobilità;</p>
<p>22. <input type="checkbox"/> di accettare incondizionatamente, avendone presa visione, le norme contenute nel bando n.prot. 27446/2022;</p>
<p>23. <input type="checkbox"/> di aver inoltrato in data _____ all'amministrazione di appartenenza copia integrale della presente domanda di partecipazione alla procedura di mobilità;</p>
<p>24. <input type="checkbox"/> che le fotocopie allegate alla presente domanda di ammissione alla procedura di mobilità sono conformi agli originali in mio possesso;</p>

25. ☐ di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni o privati, ulteriori rispetto a quelli indicati al punto 4):

Denominazione Ente/Ditta	Periodo lavorato		figura professionale	Categor ia/ livello	Orario di servizio (indicare se tempo pieno o part time)	Tipologia contratto (indicare se tempo determ. o indetermin.)	mansioni svolte (indicare sinteticamente)	Tipologia contratto applicato (lavoro subordinato /collaborazione/lavoro interinale o altro)	Causa di risoluzione
	dal	al							

Periodi di assenza <u>non utili</u> per il computo dell'anzianità		note
dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa	

26. ☐ di avere già ottenuto trasferimenti in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria ex art. 76 del vigente ccpl:

☐ Sì - in data _____;

☐ No

27. ☐ di eleggere **domicilio, ai fini della procedura di mobilità**, presso il seguente indirizzo:

Cognome e Nome _____

Via/Piazza/Loc. _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

telefono: _____ cellulare _____

e di impegnarsi fin d'ora a far conoscere eventuali successive variazioni di indirizzo, fino all'esaurimento della procedura, mediante lettera raccomandata a/r, PEC o mediante fax, riconoscendo che il Comune di Arco non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

NB: la presente domanda ha valore di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà; si invita pertanto il candidato all'attenta compilazione della stessa in tutte le sue parti ed a contrassegnare tutte le caselle interessate.

Data _____

Firma _____

Allega alla domanda i seguenti documenti (barrare le caselle interessate):

☐ **curriculum formativo e professionale**, con l'indicazione specifica dei servizi svolti, della loro durata, nonché degli altri titoli che il candidato ritiene utili ai fini della valutazione, redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà/di certificazione, debitamente datato e sottoscritto;

☐ fotocopia semplice fronte-retro di un documento di identità in corso di validità (se la firma non è apposta davanti al funzionario autorizzato a ricevere la domanda);

☐ eventuali titoli comprovanti il diritto di preferenza alla nomina (in caso di parità di punteggio finale);

☐ (eventuali altri allegati come richiesti dall'avviso, se non già autocertificati) _____