

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale – Ufficio Assunzioni

**Al Servizio Unico – Gestione Giuridica del Personale  
Ufficio assunzioni**

PEC: [assunzioni@pec.ausl.mo.it](mailto:assunzioni@pec.ausl.mo.it)

Uff. Assunzioni: [pers.assunzioni@aou.mo.it](mailto:pers.assunzioni@aou.mo.it)

**Al Direttore Generale** \_\_\_\_\_

(indicare nome dell'altra Azienda / Ente)

\_\_\_\_\_

**DOMANDA CONGIUNTA DI MOBILITÀ PER COMPENSAZIONE – PERSONALE COMPARTO,  
ai sensi degli artt. 29-bis e 30, d.lgs. n. 165/2001 e art. 63, co. 5 CCNL – Comparto Sanità  
2019/2021.**

**1) dipendente in entrata A.O.U. di Modena**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

PEC(*obbligatoria\_solo\_per\_il\_personale\_sanitario*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato  
dell'Azienda (*indicare sede legale ed eventuali recapiti telefonici/e-mail/PEC*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_

**E**

**2) dipendente in uscita A.O.U. di Modena**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

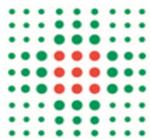
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. / cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC(*obbligatoria\_solo\_per\_il\_personale\_sanitario*) \_\_\_\_\_

dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di  
Modena (*indicare presidio ospedaliero*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale – Ufficio Assunzioni

**Inoltrano congiuntamente domanda di trasferimento mediante procedura di mobilità per  
compensazione.**

A tal fine si allega:

Dipendente in entrata:

1. Curriculum formativo e professionale datato e firmato (**in formato pdf**);
2. Documento di riconoscimento in corso di validità;
3. Autocertificazione (allegato1) datato e firmato (**in formato pdf**);

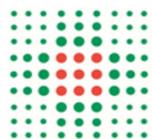
Dipendente in uscita:

1. Documento di riconoscimento in corso di validità;

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firme (1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_



ALLEGATO 1)

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E ATTI DI NOTORIETA'**

(compilazione a cura del **dipendente in entrata** presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000, e s.m.i., consapevole che ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

(Compilare gli spazi vuoti e barrare le caselle corrispondenti alla scelta )

• di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

• di essere residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

• di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

• di essere in possesso del codice fiscale n. \_\_\_\_\_

• di essere iscritto/a all'Albo di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

• di essere dipendente a tempo indeterminato presso (indicare Azienda di appartenenza) \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

nel Profilo Professionale di \_\_\_\_\_

Area \_\_\_\_\_ Ruolo \_\_\_\_\_

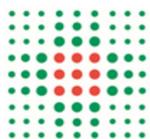
Data di Assunzione \_\_\_\_\_ Sede di lavoro (indicare unità operativa) \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro Tempo pieno

con rapporto di lavoro Part-Time dal \_\_\_\_\_

VERTICALE al \_\_\_\_\_%

ORIZZONTALE al \_\_\_\_\_%



- di avere superato il periodo di prova dal \_\_\_\_\_;

di non aver subito sanzioni disciplinari

di avere subito le seguenti sanzioni disciplinari:  
\_\_\_\_\_

di avere il seguente procedimento disciplinare in corso:  
\_\_\_\_\_

- di presentare il seguente stato di servizio (indicare tutti i precedenti rapporti di lavoro a tempo indeterminato/determinato presso l'attuale Azienda di appartenenza):

| Tempo determinato/<br>indeterminato | Dal | Al | Profilo |
|-------------------------------------|-----|----|---------|
|                                     |     |    |         |
|                                     |     |    |         |
|                                     |     |    |         |
|                                     |     |    |         |

di non aver usufruito di periodi di aspettativa

di aver usufruito dei seguenti periodi di aspettativa

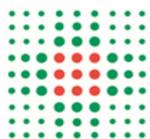
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

di non aver effettuato assenze (escluso ferie / recuperi orari) nell'ultimo triennio e comunque dalla data di assunzione presso l'attuale Azienda di appartenenza

di aver effettuato le seguenti assenze (escluso ferie / recuperi orari) nell'ultimo triennio e comunque dalla data di assunzione presso l'attuale Azienda di appartenenza

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_



dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

(oppure **allegare -documento rilasciato dall’Azienda di appartenenza – in formato PDF**)

- di presentare un residuo ferie di gg. \_\_\_\_\_ maturate alla data del \_\_\_\_\_
- di godere del seguente trattamento economico mensile (**allegare copia della busta paga in formato PDF**):

di non godere dei benefici della ex legge 104 / 92 e smi

di godere dei benefici della ex legge 104 / 92 e smi

di non godere dei benefici diritto allo studio – 150 ore (CCNL 02/11/2022 art. 62)

di godere dei benefici diritto allo studio – 150 ore (CCNL 02/11/2022 art. 62)

di non appartenere alle categorie protette

di appartenere alla seguente categoria protetta: \_\_\_\_\_

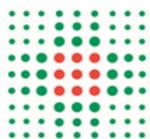
di essere stato assunto quale lavoratore appartenente alla seguente categoria di cui alla L. 68/99: \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ presso l’Azienda/Ente \_\_\_\_\_

di essere in possesso dell’**idoneità fisica al posto da ricoprire senza alcuna limitazione** e di non avere inoltrato istanza alla propria amministrazione per il riconoscimento di inidoneità, anche parziale, allo svolgimento delle mansioni di \_\_\_\_\_;

ovvero

di essere in possesso dell’**idoneità fisica al posto da ricoprire con limitazioni / prescrizioni formali atte a limitare l’attività lavorativa** e di avere inoltrato istanza alla propria amministrazione per il riconoscimento di inidoneità, anche parziale, allo svolgimento delle mansioni di \_\_\_\_\_;

(**allegare copia del certificato di idoneità alla mansione specifica in corso di validità rilasciato dell’Azienda di appartenenza**)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

**Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena**

**Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale – Ufficio Assunzioni**

- di essere interessato/a alla mobilità per le seguenti motivazioni:

---

---

---

Chiedo che le comunicazioni ufficiali vengano inviate al seguente indirizzo:

PEC (*obbligatoria solo per il personale sanitario*) \_\_\_\_\_

O in alternativa E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

### **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*(compilazione a cura del dipendente in entrata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena)*

Il/La sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiarando di essere stato informato/a sull'utilizzo dei propri dati ed in particolare:

- che i dati personali, compresi quelli di natura sensibile, acquisiti a seguito del rapporto di lavoro in essere sono soggetti al trattamento nel rispetto della privacy e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena;
- che il trattamento dei dati si svolge nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali (art. 2 d.lgs. n. 196/2003 Codice della Privacy);
- di aver diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento, la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

**ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei propri dati idonei a rivelare, idoneità alla mansione specifica, invalidità, benefici ex legge n. 104/1992, ecc., nonché dei dati relativi alle proprie assenze e ai procedimenti / provvedimenti disciplinari in relazione alla domanda di trasferimento avanzata, incluso in caso di mobilità in uscita la trasmissione di detti dati all'Azienda di destinazione ovvero in caso di mobilità in entrata la richiesta di detti dati all'Azienda di provenienza per la valutazione della richiesta mobilità.

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

Firma \_\_\_\_\_