

Spazio riservato all'Ufficio
PROTOCOLLO IN ARRIVO

Spett.le
**Comune di Altopiano della
Vigolana**
Piazza del Popolo n. 9
38049 Altopiano della Vigolana (TN)

comune@pec.comune.vigolana.tn.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA' PER
LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI N. 1 POSTO NELLA
SEGUENTE FIGURA PROFESSIONALE:**

**CUOCO SPECIALIZZATO
Area 1 – Area degli Operatori Livello Evoluto
ex categoria B – livello Evoluto
con orario di lavoro a tempo pieno
presso le Scuole dell'infanzia del Comune di
Altopiano della Vigolana**

ATTRAVERSO MOBILITA' VOLONTARIA

ai sensi dell'art. 76 e ss. del Contratto collettivo provinciale di lavoro di data 01/10/2018 del personale del comparto Autonomie locali - area non dirigenziale e ss.mm.

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. 8295 di data 05.06.2026 per la copertura di **n. 1 posto di "Cuoco Specializzato", Area 1 – Area degli Operatori Livello Evoluto (ex Categoria B Evoluto)**, con contratto di lavoro a tempo pieno, presso le Scuole dell'infanzia del Comune di Altopiano della Vigolana, indetto da codesta Amministrazione comunale,

c h i e d e

di poter partecipare alla procedura di mobilità ai sensi, ex art. 76 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 e 47 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. <input type="checkbox"/> di essere attualmente dipendente con contratto di lavoro <u>a tempo indeterminato</u> presso: _____ (indicare l'Ente di appartenenza), con sede di lavoro a _____ via _____; di essere inquadrato nella figura professionale di _____ (CUOCO SPECIALIZZATO o equipollente, Area 1 – Area degli Operatori Livello Evoluto o categoria B livello Evoluto, dalla data del _____ Note: _____
4. <input type="checkbox"/> di aver superato il periodo di prova
5. <input type="checkbox"/> di possedere l'idoneità fisica alle mansioni lavorative da svolgere richieste alla figura professionale messa a selezione (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);
6. <input type="checkbox"/> di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità ai sensi del S.Lgs. 39/2013 e s.m. e della normativa vigente;
7. <input type="checkbox"/> di avere/non avere già ottenuto trasferimenti in esito a precedenti procedure di mobilità volontaria ex art. 76 del vigente CCPL: <input type="checkbox"/> Sì - in data _____; <input type="checkbox"/> No
8. <input type="checkbox"/> di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: <input type="checkbox"/> <u>attestato di qualificazione professionale o corso di formazione specialistica inerente la figura professionale di riferimento di durata almeno biennale:</u> (specificare): _____ di durata: _____ conseguito presso: _____ in data: _____ con la seguente votazione finale di _____ su _____

diploma di istruzione secondaria di secondo grado:

(specificare): _____

di durata: _____

conseguito presso: _____

in data: _____

con la seguente votazione finale di _____ su _____

altro:

(specificare): _____

di durata: _____

conseguito presso: _____

in data: _____

con la seguente votazione finale di _____ su _____

9. di essere in possesso della patente di guida categoria B o superiore;

10. di possedere la seguente anzianità di servizio a tempo indeterminato nell'Area (o Categoria) e nella figura professionale di CUOCO SPECIALIZZATO o equipollente:

Datore di lavoro	dal	al	Note

11. 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;

12. di essere di stato civile _____ e 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 2025	Percettore di reddito anno 2025
			<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

13. 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;

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

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

16. 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;

17. di godere dei diritti civili e politici;

18. 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.

19. 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)

20. di non avere procedimenti disciplinari in corso;
 ovvero di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso:

sanzione disciplinare _____

tipo di violazione _____

21. che non sono state irrogate, nel biennio precedente la scadenza del presente avviso, sanzioni disciplinari nei propri confronti;

ovvero che sono state irrogate, nel biennio precedente la scadenza del presente avviso, le seguenti sanzioni disciplinari nei propri confronti:

sanzione disciplinare _____

tipo di violazione _____

anno di riferimento _____

22. di non essere stato destituito/a o dispensato/a o licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;

23. 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' NO
se SI' specificare quali _____

_____ ;
(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);

24. 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;

25. di accettare incondizionatamente, avendone presa visione, le norme contenute nel bando in oggetto e di prendere atto che tutte le informazioni inerenti allo stesso saranno pubblicate sul sito istituzionale dell'ente al link <https://www.comune.vigolana.tn.it/Amministrazione-Trasparente/Bandi-di-concorso/Comune-di-Altopiano-della-Vigolana/>) e, se previsto, all'albo telematico comunale e che tali pubblicazioni avranno valore di notifica a tutti gli effetti e che pertanto non verrà inviata alcuna comunicazione personale agli interessati;

26. di aver inoltrato in data _____ all'Amministrazione di appartenenza copia integrale della presente domanda di partecipazione alla procedura di mobilità;

27. che le fotocopie allegate alla presente domanda di ammissione alla procedura di mobilità sono conformi agli originali in mio possesso;

29. 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, o PEC, riconoscendo che il Comune di Altopiano della Vigolana 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);

eventuale certificato medico o copia conforme dell'originale attestante una situazione di handicap o grave debilitazione psico-fisica documentata da apposita certificazione medica, attestante che la distanza tra domicilio e sede di lavoro reca pregiudizio alle condizioni di salute con riferimento al proprio handicap o alla situazione di grave debilitazione psico-fisica;

(eventuali altri allegati come richiesti dal Bando)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta in presenza dell'addetto al ricevimento della domanda (firma dell'addetto)

già sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di riconoscimento del dichiarante.