AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

DA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE IN ENTRATA PRESSO LA ASL DI PESCARA

AL DIRETTORE DELL'A.S.L. DI PESCARA Via R. Paolini. 47 – 65124 Pescara p.e.c: protocollogenerale.aslpe@pec.it; peo: protocollogenerale@asl.pe.it AL DIRETTORE DELL'AZIENDA sede legale: _____ p.e.c: ___ SCHEDA INFORMATIVA PERSONALE AI FINI DELLA RICHIESTA CONGIUNTA ALLA MOBILITÀ PER COMPENSAZIONE Cognome e nome C.F.: nat__il: :_____/_____a: ______a: residente in via_______n.__CAP_____ a :_______e-mail/PEC______ dipendente nel profilo professionale_______fascia retributiva:_ a tempo indeterminato, in servizio presso l'AZIENDA (indicare il nr. tel. e di maile PEC dell'Ufficio competente per le comunicazioni nel merito) Cognome e nome C.F.: nat__il::____/_____a:_____a:______a residente in via ______n. ___CAP______ ___cell._____e-mail /PEC_____ dipendente nel profilo professionale_______fascia retributiva:_ a tempo indeterminato, in servizio presso l'A.S.L. DI PESCARA CHIEDONO di poter attivare la MOBILITÀ PER COMPENSAZIONE all'interno del comparto ai sensi dell'art. 19 del C.C.N.L. integrativo del 20/09/2001 e dell'art. 21 - comma 5 del C.C.N.L. sottoscritto il 19/04/2004, per i seguenti motivi: Pertanto, all'Azienda di destinazione inviano ciascuno in allegato alla domanda la rispettiva documentazione. Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

Data	
Firma dipendente in entrata anche per presa visione dell'informativa estesa	
Firma dipendente in uscita anche per presa visione dell'informativa estesa	

N.B.: TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI O, IN ASSENZA DI NOTIZIE, BARRATI

•	SOTTOSCRITTO/Aai
dichia	e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di razioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non re di cui all'art. 75 del succitato D.P.R. dichiara quanto segue:
Ente a	ttuale di appartenenza:
data d	i assunzione:// Sede attuale di lavoro:
U.O.:	
□ 1 TU	URNO - □ 2 TURNI - □ 3 TURNI (qualora l'attività lavorativa si articoli su 1 o 2 turni specificarne il motivo):
FULL-1	TIME 🗆 - PART-TIME 🗀 TIPOLOGIA:
	(indicare se part-time orizzontale/verticale/ciclico e n. di ore settimanali lavorate)
period	lo di prova superato: NO 🗆 - SI 🗖 in data:/ Presso il seguente Ente:
di lavo	/La sottoscritto/a dichiara, in caso di esito favorevole della procedura di mobilità di compensazione, di impegnarsi a trasformare il proprio rapporto ro <u>da tempo parziale a tempo pieno</u> all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro con la Azienda USL di Pescara (solo se il richiedente ha con la a di appartenenza un rapporto di lavoro a tempo parziale).
1.	Sanzioni irrogate o procedimenti disciplinari in corso o comunque nell'ultimo biennio:
Sanzio	ne:
2.	Procedimenti penali in corso o condanne penali riportate:
3.	Esiti visite medico competente /collegiali (è possibile allegare fotocopia): IDONEO □ - NON IDONEO □
Eventu	uali prescrizioni:
4.	Eventuali limiti allo svolgimento della mansione per infermità e/o invalidità:
5.	Eventuale possesso invalidità civile e/o per servizio:
6.	Appartenenza categoria protetta: NO □ - SI □
7.	Godimento benefici art. 33 L. 104/92:(Specificare la modalità dei permessi usufruiti)
8.	Eventuale accertamento sanitario in corso:(Specificare di che trattasi)
9.	Attività ex legge n. 266/1991: (Volontariato, protezione civile, etc)
10.	Godimento benefici art. 79 D.Lgs n. 267/2000:(Componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionale, delle comunità montane)
11.	Eventuali incarichi istituzionali/sindacali:

dal:/		A) Mai	ATTIA ((NEL TRIENN	110):							
dal:/ al:/ dal/ al:/	dal: _	/_	/_	al:	/_	/	dal	/_	/	al:	/_	/_
dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/	dal: _		/_	al:	/_	/	dal	/_	/	al:	/_	/
B FERIE: anni precedenti: spettanti: fruite: residue: al 31/12/201_	dal: _	/_	/_	al:	/_	/	dal	/_	/	al:	/_	/_
B) FERIE:	dal: _	/_	/_	al:	/_	/	dal	/_	/	al:	/_	/_
anni precedenti: spettanti: fruite: residue: al 31/12/201_ anno in corso: spettanti: fruite: residue: al 31/12/201_ N.B.: alla data di inizio servizio il dipendente in entrata dovrò aver usufruito di tutti i giorni di ferie maturati pres C) FESTIVITÀ SOPPRESSE: Spettanti: fruite: residue: D) ASPETTATIVA (NEL TRIENNIO): dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ E) PERMESSI RETRIBUITI: dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/	dal: _	/_	/	al:	/_	/	dal	/_	/	al:	/_	/
anni precedenti: spettanti: fruite: residue: al 31/12/201_ N.B.: alla data di inizio servizio il dipendente in entrata dovrò aver usufruito di tutti i giorni di ferie maturati pres C) FESTIVITÀ SOPPRESSE: SPETTATIVA (NEL TRIENNIO): dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ dal:/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ dal/ al:/												
ANB.: alla data di inizio servizio il dipendente in entrata dovrò aver usufruito di tutti i giorni di ferie maturati pres C) FESTIVITÀ SOPPRESSE: SPETIATIVA (NEL TRIENNIO): dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ E) PERMESSI RETRIBUITI: dal:/ dal/ al:/ F) ASSENZE PER MATERNITÀ: dal:/ dal/ al:/ fila dal:/ dal/ al:/ dal:/ dal/ al:/ dal:/ dal/ al:/ dal:/ dal/	anni r	-		cnettanti:		frui	to·	rosi	duo.			
C) FESTIVITÀ SOPPRESSE: Spettanti: fruite: residue: D) ASPETTATIVA (NEL TRIENNIO): dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/											/12/20	1_
C) FESTIVITÀ SOPPRESSE: Spettanti: fruite: residue: D) ASPETTATIVA (NEL TRIENNIO): dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/ dal:/ al:/ dal/ al:/												
D) ASPETTATIVA (NEL TRIENNIO): dal:// al:// dal// al:// dal:// al:// - dal// al:// dal:// al:// - dal// al:// dal:// al:// - dal// al:// E) PERMESSI RETRIBUITI: dal:// al:// - dal// al:// dal:// al:// - dal// al:/_// dal:// al:// - dal// al:/_/// dal:// al:// - dal//////	<u>N.B.:</u> α	alla data di	i inizio s	ervizio il dip	endente	in entrata	dovrà aver us	sufruito (di tutti i <u>c</u>	giorni di fer	ie matui	rati press
D) ASPETTATIVA (NEL TRIENNIO): dal:/ al:/ dal/ al:/		•										
dal:	spetta	anti:	_ frui	te:			residue:					
dal:		D) Aspi	ETTATIV	/A (NEL TRIE	NNIO):							
dal://	dal: _	•		•	•	/	dal _	/_	/_	al:	/_	/_
E) PERMESSI RETRIBUITI: dal:/ al:/ dal// al:// dal:// al:// - dal// al:// F) ASSENZE PER MATERNITÀ: dal:// al:// - dal// al:// dal:// al:// - dal// al:/// dal:// al:// - dal//												
E) PERMESSI RETRIBUITI: dal:/ al:/ dal/												
dal:												
dal:		E) Den	VECCI D	ETDIDIUTU								
dal:/	dal·	-			/	/	- dal	/	/	al·	/	/
F) ASSENZE PER MATERNITÀ: dal:/												
dal: / - dal / - al: / / - dal / / - dal: / / -	~~·· _		/		/		_					
dal:		F) Asse	NZE PEI	R MATERNIT	ΓÀ:							
dal:								/_	/	al:	/_	/
dal:	dal: _	/_	/_	al:	/	/	dal	/_	/	al:	/_	/
dal: /	dal: _	/_	/	al:	/_	/	dal	/_	/	al:	/_	/
dal:/ al:/ dal//_ al:// dal:// al:// dal//_ al://_	dal: _	/_	/_	al:	/	/	dal	/_	/	al:	/_	/
dal:/ al:/ dal/ al://	dal: _	/_	/_	al:	/	/	dal	/_	/	al:	/_	/
	dal: _	/_	/_	al:	/	/	dal	/	/	al:	/_	/
dal:/ al:/ dal/ al:/	dal: _	/_	/_	al:	/	/	dal	/	/	al:	/_	/
	dal: _	/_	/_	al:	/	/	dal	/_	/	al:	/_	/
	<u>il/La s</u>	•				<u>i emolu</u> m	nenti:					
G) SITUAZIONE STIPENDIALE: il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti:	Retrik	ouzione h	ase:			Fur	o					
il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti:				ntrattuale·								
il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti: Retribuzione base: Euro				in accuaic.								
il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti: Retribuzione base: Euro				ecifica:								
il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti: Retribuzione base: Euro												
il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti: Retribuzione base: Euro			r									
il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti: Retribuzione base: Euro												
il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti: Retribuzione base: Euro	*Trati	tenute:				Euro	o			a tit	tolo di:	

 $[\]hbox{* Elencare eventuali trattenute a qualunque titolo eventualmente gravanti a carico del dipendente.}\\$

H) SERVIZI PRESTATI ALLE DIPENDENZE DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI:

❖ P.A	
dal:// al:/ Profilo Professionale	fascia:
□ a tempo pieno - □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
❖ P.A	
dal:/ al:/ Profilo Professionale	fascia:
□ a tempo pieno - □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
PP.A.	
dal:// al:/ Profilo Professionale	fascia:
□ a tempo pieno - □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
♦ P.A	
dal:// al:/ Profilo Professionale	_ fascia:
□ a tempo pieno - □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
PP.A.	
dal:// al:/ Profilo Professionale	fascia:
□ a tempo pieno - □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
ALLEGARE ALLA PRESENTE:	
☐ Copia di un documento d'identità; ☐ Curriculum formativo e professionale autocertificato ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.	
Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è condpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia de personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure preconti descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl. In mediante il QR Code qui accanto raffigurato	tattabile scrivendo a i protezione dei dati rattuali, come meglio
Data Firma anche per presa visione dell'informativa estesa	
Firma e Timbro Dirigente Responsab	ile

DA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE IN USCITA PRESSO LA ASL DI PESCARA

AL DIRETTORE DELL'AZIENDAsede legale:		
p.e.c:		
AL DIRETTORE DELL'A.S.L. DI PESCARA Via R. Paolini, 47 – 65124 Pescara p.e.c: protocollogenerale.aslpe@pec.it; peo: protoco	ollogenerale@asl.pe.it	
SCHEDA INFORMATIVA PERSONALE AI	I FINI DELLA RICHIESTA CONGIUNTA A	ALLA MOBILITÀ PER COMPENSAZIONE
Cognome e nome		C.F.:
natil::/a	ı:	
residente in via		nCAP
a :	_cell	e-mail/PEC
dipendente nel profilo professionale		fascia retributiva:_
a tempo indeterminato, in servizio presso l'A.S.	L. DI PESCARA Tel: 085/4253061-62	!
	E	
Cognome e nome		<u>C.F.:</u>
natil::/a	ı:	
residente in via		nCAP
a :	_cell	e-mail /PEC
dipendente nel profilo professionale		fascia retributiva:_
a tampa indatarminata in carvizia procesa l'A.S.I.	I DI DESCADA	
a tempo indeterminato, in servizio presso i A.S.I	L. DI PESCARA	
	CHIEDONO	
poter attivare la MOBILITÀ PER COMPENSAZIONI	E all'interno del comparto ai sensi	dell'art. 19 del C.C.N.L. integrativo del 20/09/20
lell'art. 21 - comma 5 del C.C.N.L. sottoscritto il 1	L9/04/2004, per i seguenti motivi:	
Pertanto, all'Azienda di destinazione inviano cia	iscuno in allegato alla domanda la ri	spettiva documentazione.
contattabile scrivendo a protoco dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i personali, per l'esecuzione di un o	ollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile suoi dati personali in conformità alla contratto di cui l'interessato è parte o a reperibile presso le sedi del titolare,	Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, della protezione dei dati è contattabile scrivendo a normativa vigente in materia di protezione dei dati all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati personali e
)ata		
oata irma dipendente in entrata anche per presa	visione dell'informativa estesa	

N.B.: TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI O, IN ASSENZA DI NOTIZIE, BARRATI

IL/LA S	SOTTOSCRITTO/Aai
dichia	e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di razioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non re di cui all'art. 75 del succitato D.P.R. dichiara quanto segue:
Ente a	ttuale di appartenenza:
data d	i assunzione:// Sede attuale di lavoro:
U.O.: _	
□ 1 T	JRNO - □ 2 TURNI - □ 3 TURNI (qualora l'attività lavorativa si articoli su 1 o 2 turni specificarne il motivo):
FULL-T	TIME - PART-TIME TIPOLOGIA:
period	lo di prova superato: NO □ - SI □ in data:// Presso il seguente Ente:
di lavo	/La sottoscritto/a dichiara, in caso di esito favorevole della procedura di mobilità di compensazione, di impegnarsi a trasformare il proprio rapporto ro <u>da tempo parziale a tempo pieno</u> all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro con la Azienda USL di Pescara (solo se il richiedente ha con la a di appartenenza un rapporto di lavoro a tempo parziale).
1.	Sanzioni irrogate o procedimenti disciplinari in corso o comunque nell'ultimo biennio:
Sanzio	ne:
2.	Procedimenti penali in corso o condanne penali riportate:(Specificare di che trattasi)
3.	Esiti visite medico competente /collegiali (è possibile allegare fotocopia): IDONEO □ - NON IDONEO □
Eveniu	uali prescrizioni:
4.	Eventuali limiti allo svolgimento della mansione per infermità e/o invalidità:
5.	Eventuale possesso invalidità civile e/o per servizio:
6.	Appartenenza categoria protetta: NO □ - SI □
7.	Godimento benefici art. 33 L. 104/92:(Specificare la modalità dei permessi usufruiti)
8.	Eventuale accertamento sanitario in corso:(Specificare di che trattasi)
9.	Attività ex legge n. 266/1991:
10.	Godimento benefici art. 79 D.Lgs n. 267/2000:(Componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionale, delle comunità montane)
11.	Eventuali incarichi istituzionali/sindacali:

dal: _	/_	/	al:	/_	/	dal	/	/	al:	/_	/
dal: _	/_	/	al:	/_	/	dal	/	/	al:	/	/
dal: _	/_	/	al:	/_	_/	dal	/	/	al:	/_	/
dal: _	/_	/	al:	/_	_/	dal	/	/	al:	/_	/
dal: _	/_	/	al:	/_	/	dal	/_	/	al:	/_	/
	B) FERI	E:									
anni p	recedent	ti: sı	pettanti:		fruit	e:	resi	due:			
	in corso:		pettanti:		fruit	e:	resi	due:	al 31	/12/20	1_
<u>N.B.:</u> (alla data di	i inizio sei	rvizio il dip	endente	in entrata	dovrà aver u	sufruito (di tutti i g	giorni di fer	rie matui	ati press
	C) FEST	IVITÀ SO	PPRESSE:								
spetta	anti:	fruite	e:			residue:					
	-		(NEL TRII	-							
dal: _	/_	/	al:	/_	/	dal	/	/	al:	/_	/
dal: _	/_	/	al:	/_	/	dal	/	/	al:	/_	/
dal: _	/_	/	al:	/_	/	dal	/_	/	al:	/_	/
dal: _	/_	/	al:	/_	/	dal	/_	/	al:	/_	/
	-	MESSI RET									
						dal					
dal: _	/_	/	al:	/_	_/	dal	/	/	al:	/_	/
	E) Acce	N7E DEP	MATERNI	тλ·							
dal.					,	- dal	,	,	alı	,	,
						dal dal					
	/	/		/	/ /		/	/	_	/	/
dal: _	/	/ /	al:	/	/	dal - dal	/ /	/	al:	/	/
dal: _	/	/ /	al:	/	/	dal - dal	/	/	al:	/	/
dal: _	/	/ /	al: al:	/	/	dal - dal	/	/	al: al:	/	/
dal: _	/	/ /	ai: al:	/	/	dal - dal	/	/		/	/
dal: _	/	/		/	/	dal		/	al:	/	/
dal: _	/	/	al:	/	_/	dal	/	/	al:	/	/
	G) SITU	IAZIONE S	STIPENDIA	LE:							
il/La s	•		cepisce i :		i emolum	enti:					
Retrik	ouzione b	ace.			Euro						
			trattuale:		Euro						
	e comune		מננטמול.		Euro						
			rificar		Euro						
	rofession		iiiCd:								
	retrib. s	uμ			Euro						
Altro:					Euro						
Altro:	tenute:				Euro					tala di	
ırat	renure:				Euro				a ti	tolo di:	

A) MALATTIA (NEL TRIENNIO):

^{*} Elencare eventuali trattenute a qualunque titolo eventualmente gravanti a carico del dipendente.

H) SERVIZI PRESTATI ALLE DIPENDENZE DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI:

❖ P.A		
dal:// a	l:/ Profilo Professionale	fascia:
☐ a tempo pieno -	- □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
. P.A		
dal:// a	I:/ Profilo Professionale	fascia:
☐ a tempo pieno -	- □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
❖ PP.A		
dal:/ a	I:/ Profilo Professionale	fascia:
☐ a tempo pieno -	- □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
• P.A		
dal:/ a	l:/ Profilo Professionale	fascia:
☐ a tempo pieno -	- □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
❖ PP.A		
dal:/ a	l:/ Profilo Professionale	fascia:
☐ a tempo pieno -	- □ a part-time - n. ore settimanali; □ tempo determinato - □ tempo indeterminato	
ALLEGARE ALLA PRE	ESENTE:	
	li un documento d'identità; Ilum formativo e professionale autocertificato ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.	
	Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è conta dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontra descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pu mediante il QR Code qui accanto raffigurato	attabile scrivendo a protezione dei dati attuali, come meglio
Data	Firma anche per presa visione dell'informativa estesa	
	Firma e Timbro Dirigente Responsabil	e