

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.: _____ peo: _____

SCHEDA INFORMATIVA PERSONALE AI FINI DELLA RICHIESTA CONGIUNTA ALLA MOBILITÀ PER COMPENSAZIONE

Cognome e nome _____ C.F.: _____

nat il: ____/____/____ a: _____

residente in via _____ n. _____ CAP _____

a: _____ cell. _____ e-mail/PEC _____

dipendente nel profilo professionale _____ fascia retributiva: _

a tempo indeterminato, in servizio presso l'**AZIENDA** _____

_____ Tel.: _____ mail/PEC: _____

(indicare il nr. tel. e di mail e PEC dell'Ufficio competente per le comunicazioni nel merito)

E

Cognome e nome _____ C.F.: _____

nat il: ____/____/____ a: _____

residente in via _____ n. _____ CAP _____

a: _____ 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 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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ ai
sensi 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
dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non
veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R. dichiara quanto segue:

Ente attuale di appartenenza: _____

data di assunzione: ___/___/___ Sede attuale di lavoro: _____

U.O.: _____

1 TURNO - 2 TURNI - 3 TURNI (qualora l'attività lavorativa si articoli su 1 o 2 turni specificarne il motivo): _____

FULL-TIME - PART-TIME TIPOLOGIA: _____
(indicare se part-time orizzontale/verticale/ciclico e n. di ore settimanali lavorate)

periodo di prova superato: NO - SI in data: ___/___/___ Presso il seguente Ente: _____

N.B.: Il/La sottoscritto/a dichiara, in caso di esito favorevole della procedura di mobilità di compensazione, di impegnarsi a trasformare il proprio rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro con la Azienda USL di Pescara (solo se il richiedente ha con la Azienda di appartenenza un rapporto di lavoro a tempo parziale).

1. Sanzioni irrogate o procedimenti disciplinari in corso o comunque nell'ultimo biennio: _____

Sanzione: _____

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

Eventuali 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: _____

A) MALATTIA (NEL TRIENNIO):

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: ___
anno in corso: spettanti: ___ fruite: ___ residue: ___ al 31/12/201_

N.B.: alla data di inizio servizio il dipendente in entrata dovrà aver usufruito di tutti i giorni di ferie maturati presso l’Azienda di provenienza.

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: ___/___/___

F) ASSENZE PER MATERNITÀ:

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: ___/___/___

G) SITUAZIONE STIPENDIALE:

il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti:

Retribuzione base: Euro
Indennità vacanza contrattuale: Euro
Valore comune: Euro
Ind. professionale specifica: Euro
Fascia retrib. sup.: Euro
Altro: Euro
Altro: Euro
*Trattenute: Euro a titolo di:

* 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

❖ P.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

❖ P.P.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 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 anche per presa visione dell'informativa estesa _____

Firma e Timbro Dirigente Responsabile

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

AL DIRETTORE DELL'AZIENDA _____
sede legale: _____
p.e.c.: _____ peo: _____

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

SCHEDA INFORMATIVA PERSONALE AI FINI DELLA RICHIESTA CONGIUNTA ALLA MOBILITÀ PER COMPENSAZIONE

Cognome e nome _____ C.F.: _____
nat il: ____/____/____ a: _____
residente in via _____ n. ____ CAP _____
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 _____ C.F.: _____
nat il: ____/____/____ a: _____
residente in via _____ n. ____ CAP _____
a: _____ 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 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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ ai
sensi 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
dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non
veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R. dichiara quanto segue:

Ente attuale di appartenenza: _____

data di assunzione: ___/___/___ Sede attuale di lavoro: _____

U.O.: _____

1 TURNO - 2 TURNI - 3 TURNI (qualora l'attività lavorativa si articoli su 1 o 2 turni specificarne il motivo): _____

FULL-TIME - PART-TIME TIPOLOGIA: _____
(indicare se part-time orizzontale/verticale/ciclico e n. di ore settimanali lavorate)

periodo di prova superato: NO - SI in data: ___/___/___ Presso il seguente Ente: _____

N.B.: Il/La sottoscritto/a dichiara, in caso di esito favorevole della procedura di mobilità di compensazione, di impegnarsi a trasformare il proprio rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro con la Azienda USL di Pescara (solo se il richiedente ha con la Azienda di appartenenza un rapporto di lavoro a tempo parziale).

1. Sanzioni irrogate o procedimenti disciplinari in corso o comunque nell'ultimo biennio: _____

Sanzione: _____

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

Eventuali 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: _____

A) MALATTIA (NEL TRIENNIO):

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: ___
anno in corso: spettanti: ___ fruite: ___ residue: ___ al 31/12/201_

N.B.: alla data di inizio servizio il dipendente in entrata dovrà aver usufruito di tutti i giorni di ferie maturati presso l'Azienda di provenienza.

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: ___/___/___

F) ASSENZE PER MATERNITÀ:

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: ___/___/___

G) SITUAZIONE STIPENDIALE:

il/La sottoscritto/a percepisce i seguenti emolumenti:

Retribuzione base:	Euro
Indennità vacanza contrattuale:	Euro
Valore comune:	Euro
Ind. professionale specifica:	Euro
Fascia retrib. sup.:	Euro
Altro:	Euro
Altro:	Euro
*Trattenute:	Euro a titolo di:

* 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

❖ P.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

❖ P.P.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 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 anche per presa visione dell'informativa estesa _____

Firma e Timbro Dirigente Responsabile
