

# Avviso Interno di Mobilità CPS

Cognome

- **La tua risposta:**

PERRONE

Nome

- **La tua risposta:**

GIUSEPPE

Codice Fiscale

- **La tua risposta:**

PRRGPP59R04C865B

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 1 - Data Inizio Periodo

- **La tua risposta:**

27-07-1979 00:00

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 1 - Data Fine Periodo

Se tuttora in servizio inserire la data di compilazione della domanda

- **La tua risposta:**

31-01-1980 00:00

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 2 - Data Inizio Periodo

- **La tua risposta:**

01-02-1980 00:00

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 2 - Data Fine Periodo

- **La tua risposta:**

10-04-1980 00:00

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 3 - Data Inizio Periodo

- **La tua risposta:**

10-04-1981 00:00

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 3 - Data Fine Periodo

- **La tua risposta:**

22-08-2022 00:00

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 4 - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 4 - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 5 - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 5 - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 6 - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 6 - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 7 - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE DA RICOPRIRE 7 - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE SUPERIORE 1 (INFERMIERE COORDINATORE) - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE SUPERIORE 1 (INFERMIERE COORDINATORE) - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE SUPERIORE 2 (INFERMIERE COORDINATORE) - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE SUPERIORE 2 (INFERMIERE COORDINATORE) - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE SUPERIORE 3 (INFERMIERE COORDINATORE) - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

NELLO STESSO PROFILO PROFESSIONALE SUPERIORE 3 (INFERMIERE COORDINATORE) - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

Profili Inferiori

**A titolo esemplificativo e non esaustivo:**

**Infermiere Generico**

**OSS**

**Ausiliario**

IN PROFILI PROFESSIONALE DIVERSI, ANCHE INFERIORI 1 - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

IN PROFILI PROFESSIONALE DIVERSI, ANCHE INFERIORI 1 - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

IN PROFILI PROFESSIONALE DIVERSI, ANCHE INFERIORI 2 - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

IN PROFILI PROFESSIONALE DIVERSI, ANCHE INFERIORI 2 - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

IN PROFILI PROFESSIONALE DIVERSI, ANCHE INFERIORI 3 - Data Fine Periodo

- Nessuna risposta data.

IN PROFILI PROFESSIONALE DIVERSI, ANCHE INFERIORI 3 - Data Inizio Periodo

- Nessuna risposta data.

## TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

- LAUREA MAGISTRALE O SPECIALISTICA ATTINENTE AL PROFILO DI APPARTENENZA (La tua risposta)
- MASTER 1° LIVELLO ATTINENTE AL PROFILO DI APPARTENENZA (La tua risposta)
- MASTER 2° LIVELLO ATTINENTE AL PROFILO DI APPARTENENZA (La tua risposta)
- LAUREA TRIENNALE ATTINENTE AL PROFILO DI APPARTENENZA, , SEMPRE CHE NON SIA REQUISITO DI ACCESSO AL PROFILO STESSO
- DOTTORATO DI RICERCA

### Numero Lauree Magistrali

- **La tua risposta:**

1

### Numero Master 1° Livello

- **La tua risposta:**

3

### Numero Master 2° Livello

- **La tua risposta:**

1

### Contenuti

Nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibile a titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco della intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale ricoperta nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici. In tale categoria rientra anche la partecipazione a congressi, convegni , o seminari che abbiano finalità di formazione e aggiornamento professionale.

### Crediti CFU - Crediti Formativi Universitari

Per insegnamento di materie attinenti disciplina di cui si riferisce l'avviso presso Università, scuole pubbliche, ovvero in scuole formalmente autorizzate dal Ministero della Sanità

- **La tua risposta:**

60

### Numero Ore Insegnamento



Numero Crediti ECM3

- **La tua risposta:**

5

CORSO n. 4

**Indicare il titolo del corso ed i crediti ECM acquisiti (l'informazione deve trovare riscontro all'interno del Curriculum Formativo e Professionale)**

- **La tua risposta:**

AA  
AAAAA

Numero Crediti ECM4

- **La tua risposta:**

15

CORSO n. 5

**Indicare il titolo del corso ed i crediti ECM acquisiti (l'informazione deve trovare riscontro all'interno del Curriculum Formativo e Professionale)**

- **La tua risposta:**

AA  
AAAAAAAAA

Numero Crediti ECM5

- **La tua risposta:**

15

CORSO n. 6

**Indicare il titolo del corso ed i crediti ECM acquisiti (l'informazione deve trovare riscontro all'interno del Curriculum Formativo e Professionale)**

- **La tua risposta:**

FF

Numero Crediti ECM6

- **La tua risposta:**

15

CORSO n. 7

**Indicare il titolo del corso ed i crediti ECM acquisiti (l'informazione deve trovare riscontro all'interno del Curriculum Formativo e Professionale)**

- **La tua risposta:**

FF

Numero Crediti ECM7

- **La tua risposta:**

20

CORSO n. 8

**Indicare il titolo del corso ed i crediti ECM acquisiti (l'informazione deve trovare riscontro all'interno del Curriculum Formativo e Professionale)**

- Nessuna risposta data.

Allegare Curriculum Formativo e Professionale

Utilizzare il formato pdf

- 

CONIUGE CONVIVENTE ED A CARICO AI FINI FISCALI

- NO (La tua risposta)
- SI'

NUMERO MINORI CONVIVENTI ED A CARICO AI FINI FISCALI (con riferimento all'ultima dichiarazione dei redditi)

- 0 (La tua risposta)
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

STATO CIVILE: VEDOVO/A, SEPARATO/A LEGALMENTE ED EFFETTIVAMENTE, DIVORZIATO/A, RAGAZZO/A PADRE - RAGAZZA/MADRE A CONDIZIONE CHE VI SIANO MINORI CONVIVENTI E A CARICO

- NO (La tua risposta)

- SI'

NUMERO DI MINORI E/O CONIUGE TOTALMENTE E PERMANENTEMENTE INABILE AL LAVORO

- 0 (La tua risposta)
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

NUMERO DI FAMILIARI INVALIDI (100%) A CARICO CONVIVENTI DA ALMENO UN ANNO

- 1 (La tua risposta)
- 0
- 2
- 3
- 4
- 5

DIPENDENTE CON GRAVE DISABILITA' ART. 3 COMMA 3 LEGGE 104/92

**Il disabile lavoratore a cui è stato riconosciuto l'handicap grave ha diritto ad un permesso retribuito di due ore al giorno o, in alternativa, di tre giorni di permesso al mese da fruire in modalità continuativa o frazionata.**

- NO (La tua risposta)
- SI'

DIPENDENTE CON GRAVE DISABILITA' ART. 3 COMMA 1 LEGGE 104/92

**Persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione**

- SI' (La tua risposta)
- NO

DIPENDENTE CON GRAVI PATOLOGIE PER LE QUALI E' NECESSARIA TERAPIA SALVAVITA

- NO (La tua risposta)
- SI'

CONIUGE DEL DIPENDENTE CON GRAVI PATOLOGIE PER LE QUALI NECESSITA TERAPIA SALVAVITA

- NO (La tua risposta)
- SI'



REFERENTE UNICO IN QUALITA' DI ASSISTENTE A PERSONA DISABILE ART. 3, COMMA 3 LEGGE N. 104/92, DI CONIUGE O FAMILIARE CONVIVENTE ENTRO IL 1° GRADO DI PARENTELA (NONNI - FRATELLI - SORELLE)

- SI' (La tua risposta)
- NO

REFERENTE UNICO IN QUALITA' DI ASSISTENTE A PERSONA DISABILE ART. 3, COMMA 3 LEGGE N. 104/92, DI CONIUGE O FAMILIARE CONVIVENTE ENTRO IL 2° GRADO DI PARENTELA (NONNI - FRATELLI - SORELLE)

- NO (La tua risposta)
- SI'

DISTANZA DELLA RESIDENZA DALLA NUOVA SEDE DI ASSEGNAZIONE

- Maggiore di 50 Km. (La tua risposta)
- Sino a 25 Km.
- Tra 25 e 50 Km.

Indicare la Preferenza per una sola delle possibili Sedi di Lavoro

- P.O. Fazzi (Lecce) (La tua risposta)
- P.O: Copertino
- P.O. Galatina
- P.O. Gallipoli
- P.O. Scorrano
- P.O. Casarano
- DSS Lecce
- DSS Campi Salentina
- DSS Nardò
- DSS Galatina
- DSS Martano
- DSS Gallipoli
- DSS Maglie
- DSS Poggiardo
- DSS Casarano
- DSS Gagliano del Capo
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Riabilitazione
- Dipartimento di Emergenza Urgenza

DOCUMENTO D'IDENTITA'

Allegare fotocopia fronte/retro di un documento d'identità

- [Scarica file](#)

AUTOCERTIFICAZIONE TUDA 445/2000

## Indicazione prescrizioni autocertificazione

- SI (La tua risposta)
- NO