



REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
AREA GESTIONE RISORSE UMANE
U.O. CONCORSI, ASSUNZIONI E GESTIONE DEL RUOLO
LUNGOMARE STARITA, 6 – 70132 BARI
P.IVA e C.F. 06534340721

Prot. N. 205088/1

- 4 NOV. 2015

AVVISO

A TUTTO IL PERSONALE IN SERVIZIO A TEMPO DETERMINATO DELL'AREA DEL COMPARTO

Visto che il DPCM PRECARI, nello specifico art. 2 (procedure concorsuali riservate), considera prorogabile tutto il personale che alla data del 30 ottobre 2013 aveva maturato negli ultimi cinque anni, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, presso gli Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia;

che con deliberazione n. 1294 del 16.07.2015, in applicazione della stessa normativa, è stata disposta la proroga per il personale titolare di incarichi a tempo determinato appartenente all'Area Comparto sino al 30.06.2016, in attesa della conclusione delle procedure concorsuali;

che, per analogia, si ritiene che la medesima proroga possa essere concessa anche al personale titolare di incarichi per sostituzioni di personale assente a vario titolo, in possesso dei requisiti di cui all'art. 2 del succitato DPCM;

Tanto premesso, si chiede a tutto il personale di comparto interessato e attualmente in servizio a tempo determinato con incarichi di sostituzione presso questa ASL, di compilare l'allegata modulistica al fine di procedere all'applicazione di quanto previsto dal succitato DPCM.

La modulistica va restituita per il solo tramite del protocollo dell'Area Gestione Risorse Umane sito presso la sede legale dell'Azienda ASL BA – Lungomare Starita, 6 – 3° piano - ex CTO, entro e non oltre le ore **12:00** del giorno **16.11.2015**.

Il Direttore Sanitario

Silvana FORNELLI

Il Direttore Amministrativo

Gianluca CAPOCHIANI

Il Direttore Generale
Vito MONTANARO

Il Direttore-
Area Gestione Risorse Umane
Francesco LIPPOLIS

Il Responsabile
P.O. Assunzioni e Concorsi
Onofrio SECONDINO

Al Direttore
Area Gestione Risorse Umane
SEDE

OGGETTO: Autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/00, art. 76 (allegare fotocopia di valido documento di riconoscimento)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____;
CODICE FISCALE _____;
matricola n.° _____
residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____;
in servizio presso U.O./Servizio _____

consapevole, secondo quanto previsto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/00, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Che alla data del 30 ottobre 2013 ha maturato negli ultimi cinque anni, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, presso gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (Regione Puglia).

Al fine di dichiarare quanto sopra, si elencano tutti gli incarichi lavorativi svolti dal 31.10.2008 al 30.10.2013.

- Denominazione Ente: _____
 - Ente Pubblico
 - Privato accredit./convenz. SSN
 - Privato non accredit./convenz. SSN
 - Altro _____
- Profilo professionale _____ Categoria _____
- dal ___/___/_____ al ___/___/_____
 - Tempo determinato
 - CoCoCo
 - CoCoPro
 - Convenzione
 - Altro _____
- Denominazione Ente: _____
 - Ente Pubblico
 - Privato accredit./convenz. SSN

Privato non accredit./convenz. SSN

Altro _____

- Profilo professionale _____ Categoria _____

- dal ____/____/____ al ____/____/____

Tempo determinato

CoCoCo

CoCoPro

Convenzione

Altro _____

- Denominazione Ente: _____

Ente Pubblico

Privato accredit./convenz. SSN

Privato non accredit./convenz. SSN

Altro _____

- Profilo professionale _____ Categoria _____

- dal ____/____/____ al ____/____/____

Tempo determinato

CoCoCo

CoCoPro

Convenzione

Altro _____

- Denominazione Ente: _____

Ente Pubblico

Privato accredit./convenz. SSN

Privato non accredit./convenz. SSN

Altro _____

- Profilo professionale _____ Categoria _____

- dal ____/____/____ al ____/____/____

Tempo determinato

CoCoCo

CoCoPro

Convenzione

Altro _____

Data _____

FIRMA