

**DICHIARAZIONE INERENTE L'AVVISO PUBBLICO RICOGNITIVO RIVOLTO AL
PERSONALE MEDICO, TECNICO-PROFESSIONALE ED INFERMIERISTICO
CHE, SUCCESSIVAMENTE AL 28/08/2015, HA AVUTO ALMENO UN
CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO
CON LA ASL BR E IN POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI DALL'ART. 20 COMMI 1 E 11-BIS DEL D.LGS. N. 75 DEL 25/05/2017 E SS.
MM. ED II.**

AL DIRETTORE GENERALE ASL BR

Via Napoli n. 8

72100 BRINDISI

MAIL: stabilizzazioni.personale@asl.brindisi.it

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____

Via _____ n. _____ codice fiscale _____

Indirizzo PEC: _____

Indirizzo EMAIL: _____

Recapito telefonico _____

Domicilio presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla presente procedura (se diverso all'indirizzo di residenza) _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

D I C H I A R A

(barrare le caselle corrispondenti alla propria situazione)

- Godimento dei diritti politici;
- Iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- Non iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____
- Cancellato dalle liste elettorali per il seguente motivo _____
- Di non aver riportato condanne penali;
- Di aver riportato le seguenti condanne penali (dichiarazione da prodursi anche se è stata concessa amnistia, indulto o perdono giudiziale) _____

D I C H I A R A , I N O L T R E

Ai fini del possesso del requisito di cui all'art. 20 commi 1 e 11 bis del D.Lgs. n. 75/2017 e ss.mm. ed ii.

(barrare le caselle corrispondenti alla propria situazione)

- Di essere attualmente in servizio con contratto di lavoro flessibile (es. TEMPO DETERMINATO/CO.CO.CO.) _____ presso codesta ASL BR in qualità di (profilo professionale) _____;

Di essere stato in servizio presso codesta ASL BR successivamente alla data di entrata in vigore della L. n. 124/2015 (28/08/2015) in qualità di: (Profilo Professionale) _____
 Ruolo _____ Tipologia contratto di lavoro (es. TEMPO DETERMINATO/CO.CO.CO.) _____ e di essere stato reclutato con deliberazione n. _____ del _____ a seguito della seguente procedura selettiva _____;

Di appartenere alla seguente tipologia di personale:

Tipologia di personale	Requisiti art. 20, comma 1 lett. a)-b)	Requisiti art. 20, comma 1 lett. c)	Aziende presso cui aver maturato il requisito dei 3 anni	Data entro cui si matura il requisito
Dirigenziale e Non (Medico / Tecnico- Professionale e Infermieristico)	Essere in servizio successivamente al 28/08/2015 con contratto a tempo determinato previa procedura selettiva (Concorso, avviso pubblico anche per soli titoli)	3 anni di servizio anche non continuativi con contratti di lavoro flessibile maturati dal 01/01/2013	Presso diverse Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale	31/12/2020

Di aver prestato i seguenti servizi presso le amministrazioni del SSN:

PROFILO PROFESSIONALE (es. Dir. Medico, Dir. Biologo, CPS Infermiere, CPS TSRM, CPS Ostetrica etc.)	DENOMINAZIONE ENTE (es. ASL, A.O., IRCCS PUBBLICO etc.)	TIPOLOGIA RAPPORTO LAVORO (es. TEMPO DETERMINATO, CO.CO.CO. etc)	PROVVEDIMENTO APPROVAZIONE GRADUATORIA (N. E DATA)	DATA INIZIO (G.M.A.)	DATA FINE (G.M.A.)

PER UN TOTALE DI ANNI _____ MESI _____ GIORNI _____

Data.....

Firma

.....

Il sottoscritto:

- ✓ è consapevole, ai sensi del DPR n 445/2000 della decadenza dei benefici di cui all'articolo 75 e delle conseguenze penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'articolo 76;
- ✓ dichiara, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di essere informato che i dati personali forniti in sede di partecipazione alla presente procedura ricognitiva o comunque acquisiti a tale scopo dall'Azienda Sanitaria Locale Br, saranno trattati per le finalità di gestione della predetta procedura e saranno utilizzati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro per le finalità inerenti alla gestione dello stesso.

In fede

Data _____

Firma _____

Allega copia documento d'identità in corso di validità.