

## **AVVISO**

**per gli OPERATORI del SERVIZIO CUP**

**(Ditta affidataria: SVIMSERVICE s.p.a.)**

### **Premesso che**

- con deliberazione n. 1486 del 13 agosto 2014, in attuazione delle linee guida regionali adottati con D.G. n. 2271 del 3 dicembre 2013, la ASL affidava alla Sanitaservice l'attività di gestione del Centro Unico di Prenotazione (Cup) aziendale, esclusi i servizi di sistema, per il periodo di sei anni a decorrere dal 1° agosto 2014, salvo rinnovo alla scadenza, fissando in n. 39 operatori il fabbisogno di personale da adibire al servizio, con le posizioni funzioni e il livello di inquadramento indicati nel Piano economico allegato alla delibera citata;
- L'internalizzazione del servizio comporta per la Sanitaservice Asl Br s.r.l., nei limiti del budget assegnato e del fabbisogno di personale da adibire effettivamente allo svolgimento del servizio, l'assunzione alle proprie dipendenze del personale in possesso dei requisiti generali e professionali richiesti, utilizzato dalla Ditta affidataria Svimservice, nel rispetto dei criteri definiti dalla ASL d'intesa con le Organizzazioni Sindacali interessate;
- L'assunzione del personale sarà disposta nel rispetto delle direttive di cui alla richiamata delibera n. 1486/2014 nonché dei principi affermati dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 68/2011, pronunciata con riferimento all'art. 30 della L.R. n. 4 del 25.2.2010, con la quale sono stati stabiliti i criteri di applicazione della "clausola sociale" disciplinata dalla citata norma regionale.
- La Sanitaservice, a conclusione della fase di ricezione delle domande e a seguito di un primo controllo di ammissione, provvederà a sottoporre il personale risultato idoneo ad una selezione consistente in una prova orale e

**Sanitaservice Asl Br s.r.l.**  
**Società unipersonale della ASL di Brindisi**  
partita iva n. 02282380746

pratica in data e ora fissate e preventivamente pubblicate sul link di Sanitaservice Asl Br s.r.l..

Ciò premesso, gli operatori utilizzati dalla Ditta Svimservice s.p.a. affidataria del servizio in oggetto presso le strutture della ASL di Brindisi, ove interessati, devono far pervenire a questa Società, con le modalità e nei termini appresso indicati, l'autodichiarazione (come da fac-simile allegato, mod. A), debitamente compilata e sottoscritta corredata di fotocopia di un proprio documento di identità e comprensiva dell'elenco degli allegati.

Alla suddetta autodichiarazione devono essere allegati:

1. un curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
2. copia del contratto di lavoro dal quale si evinca la natura del rapporto, la data di inizio dello stesso, nonché la qualifica e, se previsto, l'orario di lavoro. In mancanza, modulo rilasciato dal Centro per l'impiego da cui si evincano tali dati;
3. autocertificazione di esclusività del servizio reso per la ASL di Brindisi, ovvero dichiarazione relativa ad altri rapporti di lavoro tuttora in essere ovvero cessati;
4. copia dei titoli professionali posseduti attinenti all'esercizio dell'attività svolta;
5. autocertificazione attestante carichi pendenti e procedure penali in corso (come da fac-simile allegato, mod. B);
6. autocertificazione attestante l'eventuale percentuale di invalidità civile (come da fac-simile allegato, mod. C) per i benefici riconosciuti dalla legge;
7. copia del codice fiscale (o della tessera sanitaria);

Il plico contenente la suddetta documentazione dovrà essere consegnato a mano presso l'Ufficio Archivio-Protocollo della Asl, via Napoli 8 – Brindisi, ovvero inviato tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, in busta chiusa recante l'indicazione del mittente, indirizzata a SANITASERVICE ASL BR S.R.L. Via Napoli, 8, 72100

**Sanitaservice Asl Br s.r.l.**  
**Società unipersonale della ASL di Brindisi**  
partita iva n. 02282380746

Brindisi. Sulla busta deve essere indicata la dicitura “AVVISO per gli OPERATORI del SERVIZIO CUP”.

La consegna dei plichi dovrà avvenire entro il prossimo 10 settembre. Farà fede la data del timbro postale di ricezione ovvero del timbro di ricezione apposto da parte dell’Ufficio Protocollo.

La Società si riserva la facoltà di richiedere eventuali integrazioni alla documentazione presentata.

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla dott.ssa Concita Leozappa, tel. 0831.536746/510001 oppure mail concita.leozappa@sanitaservice.asl.brindisi.it.

Brindisi, 26 agosto 2014

L’Amministratore Unico  
Dott. Flavio Maria Roseto

**(allegato - MOD. A)**

\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) residente in  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità  
di operatore utilizzato dalla Ditta Svimservice s.p.a. per il Servizio relativo al Centro  
Unico di Prenotazione delle prestazioni sanitarie della ASL (CUP)

***chiede***

di essere assunto/a alle dipendenze di codesta Società, in applicazione della clausola sociale di cui all'art. 30 della L.R. 4/2010 nel testo vigente a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 68/2011 e nel rispetto dei principi stabiliti in tale sentenza, nel rispetto della delibera n. 1486/2014 della ASL di Brindisi.

A tal fine,

- consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni in caso di dichiarazioni false, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi, nonché contenenti dati non rispondenti a verità;
- consapevole inoltre che la Sanitaservice procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e che, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:

1. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_ (*coloro che hanno l'obbligo del permesso di soggiorno devono allegarne copia*);

**Sanitaservice Asl Br s.r.l.**  
**Società unipersonale della ASL di Brindisi**  
partita iva n. 02282380746

2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
*(indicare i motivi della eventuale non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime).*

3. di essere in possesso dei seguenti titoli professionali e/o di studio:

---

---

---

---

4. di prestare e/o aver prestato i seguenti servizi *(specificare il datore di lavoro, la tipologia del contratto di lavoro, il periodo e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di lavoro):*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. di manifestare il proprio consenso, ai sensi del Decreto Legislativo 30.6.2003 n.196, al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla presente procedura ;

6. di eleggere domicilio agli effetti di eventuali comunicazioni:

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - recapito

**Sanitaservice Asl Br s.r.l.**  
**Società unipersonale della ASL di Brindisi**  
partita iva n. 02282380746

telefonico \_\_\_\_\_ - (eventuale indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_), riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

\*\*\*

\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_)

**DICHIARA ALTRESI'**

ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, di allegare alla presente le copie dei seguenti documenti conformi agli originali:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*La dichiarazione deve essere accompagnata dalla fotocopia (fronte-retro) leggibile di un documento d'identità in corso di validità.*

**(allegato - MOD. B)**

\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) residente in  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

- consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni in caso di dichiarazioni false, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi, nonché contenenti dati non rispondenti a verità;

- consapevole inoltre che la Sanitaservice procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e che, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:

non aver riportato condanne penali;

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne penali:

---

---

---

---

---

[ ] non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

ovvero

[ ] di essere stato/a destinatario/a dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

[ ] di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali pendenti presso le Procure della Repubblica su tutto il territorio nazionale

ovvero

[ ] di essere a conoscenza di essere sottoposto/a ai seguenti procedimenti penali pendenti presso le Procure della Repubblica su tutto il territorio nazionale

---

---

---

---

---

---

---

---

*Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente*



**Sanitaservice Asl Br s.r.l.**  
**Società unipersonale della ASL di Brindisi**  
partita iva n. 02282380746

*dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

DATA

FIRMA

**(allegato MOD. C)**

\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

- consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni in caso di dichiarazioni false, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi, nonché contenenti dati non rispondenti a verità;

- consapevole inoltre che la Sanitaservice procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e che, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:

- o di non essere stato riconosciuto/a invalido civile;
- o di essere stato riconosciuto/a invalido civile con la percentuale del \_\_\_\_\_, potendo pertanto usufruire dei benefici previsti dalla legge.

*Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

DATA

FIRMA