

AL DIRETTORE GENERALE ASL BR
Via Napoli n. 8
72100 BRINDISI

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____
Via _____ n. _____ codice fiscale _____
attualmente in servizio presso _____ in
qualità di (profilo professionale) _____ cat. _____
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,

DICHIARA

- di aver stipulato con la ASL BR contratto individuale di lavoro a tempo determinato e/o di supplenza, nel quinquennio 30/10/2008 – 30/10/2013);
- di essere in possesso dei requisiti di cui all'art.2, comma 2 del DPCM 6.3.2015 e specificatamente di aver alla data del 30 ottobre 2013 maturato, negli ultimi cinque anni, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo (nello stesso profilo professionale) con **contratto di lavoro subordinato a tempo determinato**, anche presso Enti del medesimo ambito regionale diversi da questa Azienda e specificatamente:

➔ Azienda/Ente _____ dal _____ al _____
(Anni _____ Mesi _____ Giorni _____) in qualità di (profilo professionale) _____
_____ cat. _____
Tipologia contratto di lavoro (a tempo determinato/supplenza) _____

➔ Azienda/Ente _____ dal _____ al _____
(Anni _____ Mesi _____ Giorni _____) in qualità di (profilo professionale) _____
_____ cat. _____
Tipologia contratto di lavoro (a tempo determinato/supplenza) _____

➔ Azienda/Ente _____ dal _____ al _____
(Anni _____ Mesi _____ Giorni _____) in qualità di (profilo professionale) _____
_____ cat. _____
Tipologia contratto di lavoro (a tempo determinato/supplenza) _____

- ➔ Azienda/Ente _____ dal _____ al _____
(Anni _____ Mesi _____ Giorni _____) in qualità di (profilo professionale) _____
_____ cat. _____
Tipologia contratto di lavoro (a tempo determinato/supplenza) _____
- ➔ Azienda/Ente _____ dal _____ al _____
(Anni _____ Mesi _____ Giorni _____) in qualità di (profilo professionale) _____
_____ cat. _____
Tipologia contratto di lavoro (a tempo determinato/supplenza) _____
- ➔ Azienda/Ente _____ dal _____ al _____
(Anni _____ Mesi _____ Giorni _____) in qualità di (profilo professionale) _____
_____ cat. _____
Tipologia contratto di lavoro (a tempo determinato/supplenza) _____
- ➔ Azienda/Ente _____ dal _____ al _____
(Anni _____ Mesi _____ Giorni _____) in qualità di (profilo professionale) _____
_____ cat. _____
Tipologia contratto di lavoro (a tempo determinato/supplenza) _____
- ➔ Azienda/Ente _____ dal _____ al _____
(Anni _____ Mesi _____ Giorni _____) in qualità di (profilo professionale) _____
_____ cat. _____
Tipologia contratto di lavoro (a tempo determinato/supplenza) _____

Data.....

Firma

.....

<p>Il sottoscritto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 circa il trattamento dei dati personali raccolti, e in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente DOMANDA viene resa.

In fede

Data _____

Firma _____