

DICHIARAZIONE INERENTE L'AVVISO PUBBLICO RICOGNITIVO RIVOLTO AL
PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO E OSS DEL SSN
CHE HA AVUTO ALMENO UN CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO
CON LA ASL BR E IN POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI DALL'ART. 1 COMMA 268 DELLA

LEGGE N. 234 DEL 30/12/2021 (LEGGE DI BILANCIO)

AL DIRETTORE GENERALE ASL BR

Via Napoli n. 8

72100 BRINDISI

PEC: selezioni.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

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

nato/a a _____ prov. _____ il _____

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

Via _____ n. _____ codice fiscale _____

Indirizzo PEC personale: _____ agli effetti di ogni
comunicazione relativa al presente avviso.

Indirizzo EMAIL: _____

Recapito telefonico _____

Domicilio (se diverso dall'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,

DICHIARA

- Di aver letto e accettato l'intero contenuto dell'avviso di ricognizione;
- 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 procedimenti penali in corso
- Di aver i seguenti procedimenti penali in corso _____
- Di non aver riportato condanne penali oppure;
- Di aver riportato le seguenti condanne penali (dichiarazione da prodursi anche se è stata concessa amnistia, indulto o perdono giudiziale) _____

DICHIARA, INOLTRE

Ai fini del possesso del requisito di cui dei requisiti previsti dall'art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234 del 30/12/2021.

- Di essere stati reclutati presso questa Azienda con contratto a tempo determinato previa procedura concorsuale (incluse selezioni 2 ter del D.L. n. 18/2020) con il profilo professionale di _____;
- Di appartenere alla seguente tipologia di personale:

Tipologia di personale	Modalità di Reclutamento	Requisiti art. 1, comma 268 lett. b)	Aziende presso cui aver maturato il requisito	Data entro cui si matura il requisito
PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO E OSS	essere stati reclutati presso questa Azienda con contratto a tempo determinato previa procedura concorsuale (incluse selezioni 2 ter del D.L. n. 18/2020)	Aver maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022 (Personale del ruolo sanitario e OSS che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali)	Presso diverse Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale	30/06/2022

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

PROFILO PROFESSIONALE (es. Dir. Medico, Dir. Biologo, CPS Infermiere, CPS TSRM, CPS Ostetrica, OSS etc.)	DENOMINAZIONE ENTE (es. ASL, A.O., IRCCS PUBBLICO etc.)	MODALITA' DI RECLUTAMENTO (es. AVVISO PUBBLICO, DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ECC.)	PROVVEDIMENTO APPROVAZIONE GRADUATORIA (N. E DATA)	DATA INIZIO (G.M.A.)	DATA FINE (G.M.A.)

PER UN TOTALE DI MESI _____ GIORNI _____
 DI CUI _____ MESI E _____ GIORNI TRA IL 31/01/2020 E IL 30/06/2022.

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.