ALL. N. 3 ALLA DDG
N° 95 DEL 29 MAR. 2022

IRCCS
Saverio de Bellis
PugliaSalute

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
Ente di Diritto Pubblico D.M. del 31.03.1982
Sede legale ed operativa: via Turi n.27
70013 Castellana Grotte (BARI)
C.F. – P.IVA: 00565330727

Allegato 3A

PROCEDURA DI RICOGNIZIONE PER LA VERIFICA DEL PERSONALE IN POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL'ART. 1, COMMA 268 LETT. B) LEGGE 30 DICEMBRE 2021, N. 234

AVVISO

RIVOLTO AL PERSONALE CHE HA GIÀ MATURATO ALLA DATA ODIERNA O MATURERA' ENTRO IL 30/06/2022 ALMENO DICIOTTO MESI DI SERVIZIO, ANCHE NON CONTINUATIVI, ANCHE PRESSO ALTRI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, DI CUI ALMENO SEI MESI NEL PERIODO INTERCORRENTE TRA IL 31 GENNAIO 2020 E IL 30/06/2022.

PUBBLICATO SUL SITO WEB AZIENDALE SEZIONE ALBO PRETORIO – CONCORSI DAL 29/03/2022 AL 08/04/2022
Scadenza 08/04/2022

Letto l'art. 1, comma 268 lett. b) della legge 30 dicembre 2021, n. 234, che recita testualmente:

'ferma restando l'applicazione dell'articolo 20 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, dal 10 luglio 2022 e fino al 31 dicembre 2023 possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori sociosanitari, anche qualora non piu' in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbiano 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, secondo criteri di priorita' definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive".

SI INVITA

Tutto il personale che maturi, presso l'Irccs "S. de Bellis", i requisiti di cui l'art. 1, comma 268 lett. b) della legge 30 dicembre 2021, n. 234 come di seguito rappresentati:

Tipologia di personale	Requisiti art. . 1, comma 268 lett. b)	Aziende presso cui aver maturato il requisito	Data entro cui maturare il requisito
personale del ruolo sanitario (dirigenti medici, dirigenti sanitari non medici, infermieri/infermieri pediatrici, personale tecnico -sanitario);	- essere stato reclutato a tempo determinato con procedure concorsuali, incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del D.L. n. 18/2020, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 27/2020; - aver maturato o prevedere di maturare almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi al 30/06/2022, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31/01/2020 e il 30/06/2022	Un Ente del Servizio Sanitario Nazionale	30/06/2022

A PRESENTARE

Entro la data di scadenza all'ufficio Protocollo dell'IRCCS "S. de Bellis" oppure al seguente indirizzo PEC risorseumane.debellis@pec.rupar.puglia.it, debitamente compilato il modello allegato al presente avviso di ricognizione allegando copia del documento d'identità in corso di validità.

La presente procedura è finalizzata alla sola ricognizione del personale in possesso dei requisiti di cui all'art. 1, comma 268 lett. b) legge 30 dicembre 2021, n. 234 come sopra meglio specificato.

Il presente avviso sarà:

- inviato alle rappresentanze sindacali affinché ne agevolino la diffusione;
- pubblicato sul sito dell'Ente- sezione Albo Pretorio – bandi di concorso e avvisi.

Le informazioni dettagliate sul trattamento dei dati personali sono consultabili all'Url: (https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/privacy).

Il Direttore Generale
Dott. Tommaso A. Stallone

FAC SIMILE DICHIARAZIONE **Allegato 3B**
(allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)

Al Direttore Generale
I.r.c.c.s. "S. de Bellis"
Via Turi, n.27
70013 Castellana Grotte (Ba)

Oggetto: procedura di ricognizione per la verifica del personale in possesso dei requisiti di cui all'Art. 1, comma 268 lett. b) legge 30 dicembre 2021, n. 234

Il sottoscritto (cognome)_____(nome)_____

nato a_____prov._____il_____

residente a_____prov._____via_____n._____

C.A.P._____codice fiscale_____indirizzo pec_____

Indirizzo e-mail_____recapito telefonico_____

ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.76 e della decadenza dai benefici di cui all'art. 75 e del medesimo D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

Ai fini della verifica del possesso del requisito di cui all'art. 1, comma 268 lett. b) legge 30 dicembre 2021, n. 234

a) **di essere stato reclutato a tempo determinato con procedure concorsuali,** incluse le selezioni di cui all'art. 2-ter del D.L. 17 marzo 2020 n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020 n. 27, presso l'Amministrazione procedente, in qualità di_____;

b) di aver maturato diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31/01/2020 e il 30/06/2022; ☐

c) di prevedere di maturare diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31/01/2020 e il 30/06/2022; ☐

d) di aver prestato i seguenti servizi presso le Amministrazioni del SSN:

Profilo Professionale (es. Dirigente Medico, Dirigente Biologo, C.P.S. Infermiere)	**Tipo di Amministrazione** (es.Asl/A.O./ I.r.c.c.s. Pubblico etc.)	**Denominazione Ente/i** (es. I.r.c.c.s. "S. de Bellis")	**Tipologia Rapporto** (tempo determinato)	**Tipologia atto da cui è scaturita l'assunzione** (es. Concorso, Avviso Pubblico)	**Estremi atto approvazione graduatoria e/o atto da cui deriva assunzione** (es. deliberazione n.___del____)	**Dalla data** (indicare giorno/ mese/anno)	**Alla data** (indicare giorno/ mese/anno)

Il sottoscritto dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati personali secondo il D.Lgs n. 196/2003 e il Regolamento UE 2016/679, presa visione dell'informativa dettagliata di cui all'Url www.sanita.puglia.it/web/debellis/privacy.

Data_____firma_____

Allego alla presente documento in corso di validità tipo _____rilasciato da_____n. _____del_____con scadenza il_____.