

ALLEGATO A)
**PER GLI INTERESSATI ALLA STABILIZZAZIONE
EX ART. 20 COMMA 1 D.LGS. 75/2017 E S.M.I.**

Al Direttore Generale
ASL ROMA 1
Borgo S.Spirito n.3
00193 Roma

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____

con riferimento alla ricognizione del personale precario potenzialmente in possesso dei requisiti di cui all'art. 20 comma 1 d.lgs. n. 75/2017 e s.m.i., consapevole delle pene previste dagli artt.75 e 76 del DPR 445/2000 per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del suddetto D.P.R,

DICHIARA

1) di essere nat_ a _____ il _____

2) di essere residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____, CAP _____;

Codice Fiscale _____.

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI:

(barrare le voci che interessano e compilare ove richiesto)

ESSERE DIPENDENTE DELL'ASL ROMA 1 CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO IN SERVIZIO C/O _____ CON IL SEGUENTE INQUADRAMENTO:

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DELLA DIRIGENZA DEL S.S.N. - SPECIFICARE:

Profilo: _____ Disciplina: _____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DEL COMPARTO DEL S.S.N. - SPECIFICARE:

Qualifica: _____ Categoria: _____

OVVERO

(per i soggetti attualmente non in servizio c/o l'ASL Roma 1)

DI AVER PRESTATO SERVIZIO PRESSO L'ASL ROMA 1 CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO VIGENTE SUCCESSIVAMENTE AL 28/08/2015, NEI SEGUENTI PERIODI:

1. dal _____ al _____;

2. dal _____ al _____;

3. dal _____ al _____;

4. dal _____ al _____;

con il seguente inquadramento:

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DELLA DIRIGENZA DEL S.S.N. - SPECIFICARE:

Profilo: _____ Disciplina: _____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DEL COMPARTO DEL S.S.N. - SPECIFICARE:



Qualifica: _____ Categoria: _____

 DI ESSERE STATO RECLUTATO ATTRAVERSO UNA PROCEDURA CONCORSUALE, OVVERO IN ESITO AD UNA VALUTAZIONE COMPARATIVA DELLE ESPERIENZE PROFESSIONALI E DEI REQUISITI SPECIFICAMENTE RICHIESTI PER IL PROFILO DA COPRIRE, CONCLUSA CON UNA GRADUATORIA FINALE DI MERITO;

 DI AVER MATURATO/DI MATURARE NEL PERIODO 01/01/2013 – 31/12/2021, ALMENO 3 (TRE) ANNI DI SERVIZIO A TEMPO DETERMINATO, ANCHE NON CONTINUATIVO, NEGLI ULTIMI 8 ANNI, PRESSO AZIENDE / ENTI DEL S.S.N., secondo quanto di seguito specificato:

Periodo di servizio n°1

- tipologia contrattuale _____;

- denominazione Azienda/Ente del SSN _____;

- data inizio _____;

- data fine _____;

- profilo attività e tipologia oraria _____

Periodo di servizio n°2

- tipologia contrattuale _____;

- denominazione Azienda/Ente del SSN _____;

- data inizio _____;

- data fine _____;

- profilo attività e tipologia oraria _____

Periodo di servizio n°3

- tipologia contrattuale _____;

- denominazione Azienda/Ente del SSN _____;

- data inizio _____;

- data fine _____;

- profilo attività e tipologia oraria _____

 DI NON ESSERE INQUADRATO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO UN'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA OVVERO DI ESSERE INQUADRATO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO UN'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA NEL PROFILO DI _____;

 di autorizzare, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e successive modificazioni, nonché ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati di cui al Regolamento UE n. 2016/679, il trattamento dei dati per le finalità connesse allo svolgimento della procedura e di essere informato che tali dati saranno trattati presso una banca dati, sia automatizzata che cartacea, anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo ai sensi dell'art. 112 del citato Codice.

Si allega alla presente:

1) Fotocopia di un documento di riconoscimento, fronte – retro, in corso di validità.

Data _____

Firma _____

