

MODULO PRESENTAZIONE ISTANZA

**AL DIRETTORE GENERALE
ASP RAGUSA**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
mail/PEC: _____
attualmente in servizio presso.....in qualità di _____.

CHIEDE

di partecipare **all'avviso di ricognizione del personale interno** per le finalità di cui l'art. 20 del Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 comma 1 e successive modifiche e integrazioni per l'assunzione con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo [barrare la voce che interessa]di:

- Operatore Socio Sanitario cat. Bs**
- Operatore Tecnico cat. B qualifica di**

A tal fine

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi;
- consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00, dichiara che il contenuto della presente **ISTANZA** è veritiero e nella fattispecie:

DICHIARA

- a) di essere cittadino _____ (indicare la nazionalità);
- b) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso di mancata iscrizione o cancellazione specificare i motivi della stessa)
- c) di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali (indicare quali)
- d) di non avere carichi pendenti;
- e) di avere i seguenti carichi pendenti:
- f) di essere in possesso dei seguenti requisiti di cui al comma 1) dell'art. 20 del D.Lgs 75/2017:
 - a) risulti in servizio successivamente alla data del 28/08/2015 di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 presso l'ASP di Ragusa, anche per un solo giorno, con contratto di lavoro di tipo subordinato a tempo determinato nella medesima categoria e profilo oggetto di stabilizzazione;
 - b) essere stato assunto a tempo determinato attingendo ad una graduatoria, a tempo determinato o indeterminato, riferita ad una procedura concorsuale ordinaria per esami e/o titoli, ovvero anche prevista in una normativa di legge in relazione alle medesime attività svolte e intese come mansioni dell'area o categoria professionale di appartenenza, procedura anche espletata da amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
 - c) aver maturato negli 8 anni rientranti nell'arco temporale 01/01/2013 -31/12/2020 e/o (01/01/2014 - 31/12/2021) almeno 3 anni di servizio anche, non continuativo. Gli anni utili da conteggiare ricomprendono tutti i rapporti di lavoro a tempo determinato prestato direttamente con l'amministrazione, anche con diverse tipologie di contratto flessibile, ma devono riguardare attività svolte o riconducibili alla medesima area o categoria professionale che determina poi il riferimento per l'amministrazione dell'inquadramento da operare. L'anzianità di servizio può essere stata maturata anche presso altre aziende del servizio sanitario nazionale o presso enti e istituzioni di ricerca.

A tal fine dichiara di aver prestato i seguenti servizi:

Ente (denominazione/sede)	Data assunzione	Data cessazione	Tipologia Contratto	Qualifica inquadramento	Impegno orario (settimanale)

- di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio.....conseguito ilEnte

- di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da precedente impiego presso pubbliche amministrazioni e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego;
- di essere stato destituito, dispensato o licenziato da precedente impiego presso pubbliche amministrazioni e di essere stato dichiarato decaduto da altro impiego;
- che la propria posizione nei riguardi degli obblighi militari è la seguente (indicare corpo, sede a durata dal _____ al _____)
- di non essere collocato in quiescenza;
- di essere in possesso di idoneità piena ed incondizionata allo svolgimento delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza;
- di non avere prestato servizio presso altre pubbliche amministrazioni;
- di avere prestato servizio presso altre pubbliche amministrazioni (indicare i servizi resi indicare le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego):

Ente (denominazione/sede)	Data assunzione	Data cessazione	Tipologia Contratto	Qualifica inquadramento	Impegno orario (settimanale)

Il sottoscritto dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla selezione al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni, riconoscendo che l’Azienda ospedaliera non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

domicilio _____

PEC: _____

Mail _____

Allega alla presente, valido documento di riconoscimento.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possono essere trattati, nel rispetto della legge 196/03, per le finalità connesse alla presente selezione. La partecipazione alla presente ricognizione, presuppone l’integrale conoscenza e accettazione, da parte dei candidati, delle modalità, formalità e prescrizioni relative ai documenti ed atti da presentare.

Con la partecipazione alla seguente ricognizione è implicita da parte dei concorrenti l’accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni nell’avviso contenute.

Firma
