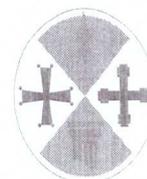




Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Pugliese Ciaccio"
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

MANIFESTAZIONE DI PUBBLICO INTERESSE PER LA RICOGNIZIONE DEL PERSONALE IN POSSESSO DEI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE

In esecuzione dell'art. 20 comma 1 lettera c) del D. lgs 75/2017 per come modificato dall'art. 1 comma 1 bis della Legge n. 8 del 28/02/2020, di conversione del decreto legge n. 162 del 30/12/2019, è indetta una Manifestazione di Pubblico Interesse per la ricognizione di tutte le posizioni lavorative ricoperte da personale del comparto sanità e della dirigenza medica e sanitaria avente diritto alla stabilizzazione.

Può partecipare al presente avviso il personale del comparto sanità e della dirigenza medica, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa che:

- a) risulti in servizio, successivamente alla data di entrata in vigore della legge n.124 del 2015, con contratto a tempo determinato presso questa amministrazione ;
- b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da questa Azienda ospedaliera;
- c) abbia maturato o maturerà (indicare la data) al 31 dicembre 2020, anche con servizio cumulabile presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale o presso diversi enti e istituzioni di ricerca, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni;

La domanda per accedere alla manifestazione di interesse, indirizzata al Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera " Pugliese – Ciaccio " di Catanzaro Via V. Cortese, 25 – Catanzaro – deve pervenire a mezzo del servizio pubblico postale o consegnate direttamente al Protocollo Generale dell'Azienda, a pena di esclusione dall' avviso, dalle ore 9,00 alle ore 12,00, da lunedì a venerdì e dalle 15,00 alle 17,00, lunedì e mercoledì, entro il termine perentorio del (decimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Sito internet Aziendale).



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Pugliese Ciaccio"
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

Nella formulazione della domanda, l'aspirante alla procedura di stabilizzazione dovrà dichiarare, autocertificandoli ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, i periodi di lavoro prestati presso questa azienda o presso aziende in ambito regionale con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato, indicando se l'assunzione è avvenuta mediante procedure selettive di natura concorsuale o previste da norme di legge.

Catanzaro, 3 aprile 2020

Il Commissario Straordinario
(Dott. Giuseppe Zucatelli)

FAC SIMILE DOMANDA PARTECIPAZIONE

Al Commissario Straordinario

Azienda Ospedaliera " Pugliese - Ciaccio"

Via Vinicio Cortese, 25 -88100 -Catanzaro

Il/La sottoscritto/a _____ residente in
Via _____ n° _____ CAP. _____ Tel .

Chiede

di essere ammesso/a a partecipare alla manifestazione di pubblico interesse per la ricognizione del personale in possesso dei requisiti per la stabilizzazione

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/11/2000 n° 445

concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a _____ il _____
- b) di essere residente nel comune di _____ Prov _____
- c) di essere in possesso della cittadina Italiana, salve le equiparazioni stabilite dalla legge vigente o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea;
- d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____
(in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione nelle liste medesime)

di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso/di avere riportato le seguenti condanne penali

(indicare le condanne penali riportate, la data della sentenza e l'autorità giudiziaria che le ha emesse , indicando se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzionata, ecc,

nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti); di avere i seguenti procedimenti penali in corso

e) di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito in
data _____ presso _____

f) di essere in possesso della specializzazione in _____
conseguita in data _____ presso _____
ai sensi del decreto legislativo _____ durata corso anni _____

g) di essere idoneo all'espletamento delle funzioni proprie del posto da ricoprire senza alcuna
limitazione;

h) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei _____ di _____;

i) di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

l) di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (in caso affermativo
specificare la qualifica, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione);

m) di essere/non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica
amministrazione per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o
viziati da invalidità non sanabile; p) di concedere, ai sensi del D.lgs n° 196 del 30/06/2003, il
consenso al trattamento dei dati personali

**n) di essere in servizio presso questa Azienda Ospedaliera, in qualità di dipendente
con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e tempo pieno/part time,
nel profilo professionale di _____**

**o) che alla data del (indicare giorno e mese) dell'anno 2020 ha maturato o
maturerà negli ultimi otto anni, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo
con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, cumulando anche
servizio prestato presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale o
presso diversi enti e istituzioni di ricerca, con esclusione, in ogni caso dei servizi
prestati presso gli uffici di diretta collaborazione degli organi politici, come di
seguito specificati :**



AZIENDA OSPEDALIERA
"Pugliese Ciaccio"
Catanzaro



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

dal al in qualità di dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e

- a tempo pieno
- a tempo part-time a n°ore settimanali

con la qualifica
di.....

presso l'Azienda

di..... ;

che il rapporto di lavoro non era finalizzato alla sostituzione di personale assente.

che contemporaneamente al suddetto rapporto non era in aspettativa in altri enti.

n) che l'indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente

Data.....

Firma.....