AVVISO DI RICOGNIZIONE EX ART. 20, COMMA 2, DEL D.LGS. N. 75/2017 E S.M.I.

Al Direttore Generale I.F.O.

Via Elio Chianesi 53

00144 Roma

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con riferimento alla

RICOGNIZIONE DEL PERSONALE PRECARIO POTENZIALMENTE IN POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL’ART. 20 CO. 1 E 2 D.LGS. 75/2017 E S.M.I.

PER IL PROFILO DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole che il possesso dei requisiti non determina alcun obbligo assunzionale da parte dell’Azienda, **dichiara**, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, di essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) cittadinanza italiana o appartenenza ad uno stato membro della U.E., salvo quanto previsto dall’art. 38 del D.Lgs 165/2001 e ss.mm.ii.;

b) godimento diritti civili e politici;

c) non aver riportato condanne penali che escludano dall’elettorato atti o che impediscano l’esercizio della professione;

d) non essere stato destituito o dichiarato decaduto dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;

e) non trovarsi in conflitti di interessi con l’Azienda;

f) non essere in quiescenza;

g) di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare titolo di studio e eventuale specializzazione, con l’indicazione della data di conseguimento e dell’Istituto/Università che ha rilasciato il titolo)*;

h) di essere iscritt.. all’Albo Professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i) di non essere inquadrato a tempo indeterminato presso una Amministrazione pubblica OVVERO di essere inquadrato a tempo indeterminato presso la seguente Amministrazione Pubblica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l) di essere in possesso dei requisiti previsti dall’art. 20, comma 2 del D.Lgs. n. 75/2017 e, in particolare:

- di essere titolare, successivamente al 28.08.2015, di un contratto di lavoro flessibile presso gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri;

- di aver maturato nel periodo 01/01/2014 – 31/12/2021 presso una Azienda od Ente del Servizio Sanitario Nazionale, almeno tre anni di servizio anche non continuativi, con diverse tipologie di contratti di lavoro flessibili, nel profilo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per lo svolgimento di attività riconducibili alla medesima area o categoria professionale del posto da coprire;

- che il servizio è stato svolto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ad es. dirigente medico o sanitario, indicando la relativa disciplina, collaboratore professionale sanitario - infermiere, collaboratore professionale sanitario - tecnico sanitario di radiologia medica etc)*;

i) che i rapporti di lavoro che hanno consentito la maturazione del requisito di cui al precedente punto sono i seguenti: (indicare tipologia rapporto di lavoro, durata, Azienda e specifica struttura presso la quale il servizio è stato prestato e profilo professionale rivestito)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ente e Struttura | periodo | | Qualifica/Profilo | Tipo rapporto |
| Data inizio | Data fine |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere consapevole che i dati forniti con la domanda di partecipazione all’avviso ricognitivo saranno utilizzati esclusivamente ad uso interno e comunque nel rispetto del D.Lgs n. 196/2003. A tal fine ne autorizza il trattamento da parte degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003.

- di indicare quale recapito per ogni eventuale comunicazione il seguente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega, alla presente, copia fotostatica di un valido documento d’identità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_