

**AVVISO DI RICOGNIZIONE DEL PERSONALE IN POSSESSO DEI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE
PREVISTA DALL'ART. 1, COMMA 268, LETT. B, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2021 N. 234**

E' indetto avviso di ricognizione del personale in possesso dei requisiti per la stabilizzazione prevista dall'art. 1 comma 268, lett. b), della Legge 30 dicembre 2021, n.234.

La citata disposizione prevede che il personale dirigente medico, sanitario e del comparto del ruolo sanitario e gli operatori socio sanitari, anche qualora non più in servizio, che sia stato reclutato a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'art.2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbia 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 nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, possa essere stabilizzato secondo le modalità previste dalle norme vigenti.

Il presente avviso è quindi finalizzato ad individuare il personale dei profili e ruolo sopra menzionati che sia in possesso dei requisiti sopra descritti alla data del **30 GIUGNO 2022**.

Pertanto il personale menzionato potrà inoltrare, all'indirizzo PEC risorseumane@cert.ifo.it o, in alternativa, all'indirizzo e-mail seppersonale@ifo.it, domanda di partecipazione al presente avviso di ricognizione, provvedendo a compilare e trasmettere alla U.O.C. Risorse Umane l'allegato modello.

Il Direttore Sanitario
(dott. Ermete Gallo)

Il Direttore Amministrativo
(dott.ssa Laura Figorilli)

IL Direttore Generale
(dott.ssa Marina Cerimele)

PUBBLICATO 27/07/2022

SCADENZA 27/08/2022

AVVISO DI RICOGNIZIONE DEL PERSONALE IN POSSESSO DEI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE PREVISTA DALL'ART. 1, COMMA 268, LETT. B, DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2021 N. 234

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto/a _____ C.F. _____
Nato/a _____ (____) il ____/____/____ residente a _____
In _____ n° _____ cap _____
Indirizzo e-mail _____ telefono _____

Consapevole che ai sensi dell'art. 76 del d.p.r. 445/2000 il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

DICHIARA

Di essere in possesso di tutti i requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lett. B) della legge 234/2021 per come di seguito specificato: *"ferma restando l'applicazione dell'articolo 20 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, dal 1° 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 del ruolo sociosanitario, anche qualora non più 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 priorità 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"*;

A tal fine dichiara:

- di essere in possesso dei seguenti periodi di servizio:

PERIODO DI SERVIZIO n. _____
Ente _____
Indirizzo sede legale dell'Ente _____
Qualifica _____
Dal _____ al _____ (Anni _____ mesi _____ giorni _____)
Tipo di rapporto : Tempo determinato
Tipologia oraria : Tempo pieno Part-time al _____% Specificare n° ore sett.: _____
Acquisito da graduatoria: Concorso pubblico Avviso pubblico Altra procedura
per n. posti _____ di _____
approvata con Delibera D.G. n. _____ del _____ da: _____

PERIODO DI SERVIZIO n. _____
Ente _____
Indirizzo sede legale dell'Ente _____
Qualifica _____
Dal _____ al _____ (Anni _____ mesi _____ giorni _____)
Tipo di rapporto : Tempo determinato
Tipologia oraria : Tempo pieno Part-time al _____% Specificare n° ore sett.: _____
Acquisito da graduatoria: Concorso pubblico Avviso pubblico Altra procedura
per n. posti _____ di _____
approvata con Delibera D.G. n. _____ del _____ da: _____

A

PERIODO DI SERVIZIO n. _____
Ente _____
Indirizzo sede legale dell'Ente _____
Qualifica _____
Dal _____ al _____ (Anni _____ mesi _____ giorni _____)
Tipo di rapporto : Tempo determinato
Tipologia oraria : Tempo pieno Part-time al _____% Specificare n° ore sett.: _____
Acquisito da graduatoria: Concorso pubblico Avviso pubblico Altra procedura
per n. posti _____ di _____
approvata con Delibera D.G. n. _____ del _____ da: _____

PERIODO DI SERVIZIO n. _____
Ente _____
Indirizzo sede legale dell'Ente _____
Qualifica _____
Dal _____ al _____ (Anni _____ mesi _____ giorni _____)
Tipo di rapporto : Tempo determinato
Tipologia oraria : Tempo pieno Part-time al _____% Specificare n° ore sett.: _____
Acquisito da graduatoria: Concorso pubblico Avviso pubblico Altra procedura
per n. posti _____ di _____
approvata con Delibera D.G. n. _____ del _____ da: _____

PERIODO DI SERVIZIO n. _____
Ente _____
Indirizzo sede legale dell'Ente _____
Qualifica _____
Dal _____ al _____ (Anni _____ mesi _____ giorni _____)
Tipo di rapporto : Tempo determinato
Tipologia oraria : Tempo pieno Part-time al _____% Specificare n° ore sett.: _____
Acquisito da graduatoria: Concorso pubblico Avviso pubblico Altra procedura
per n. posti _____ di _____
approvata con Delibera D.G. n. _____ del _____ da: _____

- di non avere rapporti di lavoro a tempo indeterminato nel medesimo profilo professionale con Enti e Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

Si allega copia del documento di identità in corso di validità

Luogo, _____

Firma
