

UOC Gestione del personale

AVVISO DI RICOGNIZIONE DEL PERSONALE IN POSSESSO DEI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE AI SENSI DELL'ART. 1 - COMMA 268 - LETTERA B) LEGGE 234 DEL 31.12.2021

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art.46 D.P.R. n.445 del 28.12.2000)

IL/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Codice fiscale: _____

indirizzo di residenza: Via _____ n. _____

città _____ Prov. _____ cap. _____

indirizzo e-mail _____ cellulare _____

indirizzo e-mail PEC _____

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 dei requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lettera b) della legge n. 234/2021;
- di essere in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con contratto a tempo determinato, con il profilo di _____ dal _____ al _____
- di aver prestato servizio presso altre Aziende del SSN come di seguito specificato:
ente _____
indirizzo sede legale dell'ente _____
profilo _____
dal _____ al _____
con rapporto di lavoro _____
(indicare tempo determinato o indeterminato)
graduatoria di _____
(indicare se concorso pubblico, avviso pubblico, manifestazione)
approvata con delibera n. _____ del _____

UOC Gestione del personale

- di aver prestato servizio presso altre Aziende del SSN come di seguito specificato:

ente _____

indirizzo sede legale dell'ente _____

profilo _____

dal _____ al _____

con rapporto di lavoro _____

(indicare tempo determinato o indeterminato)

graduatoria di _____

(indicare se concorso pubblico, avviso pubblico, manifestazione)

approvata con delibera n. _____ del _____

- di aver prestato servizio presso altre Aziende del SSN come di seguito specificato:

ente _____

indirizzo sede legale dell'ente _____

profilo _____

dal _____ al _____

con rapporto di lavoro _____

(indicare tempo determinato o indeterminato)

graduatoria di _____

(indicare se concorso pubblico, avviso pubblico, manifestazione)

approvata con delibera n. _____ del _____

- di aver prestato servizio presso altre Aziende del SSN come di seguito specificato:

ente _____

indirizzo sede legale dell'ente _____

profilo _____

dal _____ al _____

con rapporto di lavoro _____

(indicare tempo determinato o indeterminato)

graduatoria di _____

(indicare se concorso pubblico, avviso pubblico, manifestazione)

approvata con delibera n. _____ del _____

UOC Gestione del personale

- di aver prestato servizio presso altre Aziende del SSN come di seguito specificato:

ente _____

indirizzo sede legale dell'ente _____

profilo _____

dal _____ al _____

con rapporto di lavoro _____

(indicare tempo determinato o indeterminato)

graduatoria di _____

(indicare se concorso pubblico, avviso pubblico, manifestazione)

approvata con delibera n. _____ del _____

Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Luogo, _____

Firma
