

UOC Gestione del personale

AVVISO DI RICOGNIZIONE RIVOLTO AL PERSONALE DIRIGENZIALE E NON DIRIGENZIALE DEL SSN CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO IN POSSESSO DEI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE AI SENSI DELL'ART. 1 - COMMA 268 - LETTERA B) LEGGE 234 DEL 31.12.2021 E SS.MM.II.

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 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 servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con contratto a tempo determinato, con il profilo di _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____

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

Azienda _____

indirizzo sede legale Azienda _____

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:

Azienda _____
indirizzo sede legale Azienda _____
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:

Azienda _____
indirizzo sede legale Azienda _____
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 maturato o maturerà alla data del 31.12.2023, 18 mesi di attività lavorativa nel medesimo ruolo presso (barrare la casella interessata):

- ASL ROMA 5
- altra Azienda del S.S.R. (specificare quale) _____

- per i medici, i medici veterinari, gli odontoiatri, i biologi, i chimici, i farmacisti, i fisici e gli psicologi regolarmente iscritti al corso di formazione specialistica indicare anno di iscrizione _____ presso la seguente Scuola di Specializzazione: _____

Si allega alla presente dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art.46 D.P.R.n.445 del 28.12.2000) la fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di conferimento dell'incarico.

Luogo _____ data _____

Firma _____