

AII. "A"

AI DIRETTORE GENERALE
Azienda Sanitaria Provinciale
Ragusa

(candidati con i requisiti maturati dal 01/01/2013 al
31/12/2020)

Il/La sottoscritt _____
(cognome – scrivere in stampatello) _____ (nome – scrivere in stampatello)

CHIEDE
DI PARTECIPARE
ALL' AVVISO
PER LA PROCEDURA DI STABILIZZAZIONE
DEL PERSONALE DEL COMPARTO DEL SSN
NEL PROFILO DI:

(scadenza termini: _____)

	SCELTA	RUOLO	PROFILO	N° POSTI VACANTI
<i>barrare la casella corrispondente alla scelta</i>		sanitario	cps INFERMIERE cat. D	40
		sanitario	cps INFERMIERE PEDIATRICO cat. D	6
		sanitario	cps OSTETRICA cat. D	4
		sanitario	cps FISIOTERAPISTA cat. D	8
		sanitario	cps TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA cat. D	1
		sanitario	Cps TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO cat. D	9
		sanitario	cps TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA cat. D	3
		sanitario	cps TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO cat. D	4
		sanitario	Cps – ASSISTENTE SANITARIO cat. D	1
		Sanitario	CPS -TECNICO dell'EDUCAZIONE e della RIABILITAZIONE PSICHIATRICA e PSICOSOCIALE	2
		Sanitario	CPS- TERAPISTA della NEURO e PSICOMOTRICITA' dell'ETA' EVOLUTIVA	2
		Sanitario	Cps- TERAPISTA OCCUPAZIONALE	2
		Sanitario	Cps – EDUCATORE PROFESSIONALE	5
		Tecnico	Cp – ASSISTENTE SOCIALE Cat. D	1
		Tecnico	AUSILIARIO SOCIO SANITARIO	42

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti inserendo in stampatello i dati richiesti;
le caselle non barrate equivalgono a mancata dichiarazione)

(segue) ➡

☐ di essere nato a _____ Prov. _____ il ____/____/____

☐ Codice Fiscale N. _____

☐ di risiedere a _____ Cap. _____ Prov. _____

Via _____ n.° _____

Telefoni _____

Posta Elettronica Certificata (PEC) _____ @ _____

e-mail ordinaria _____ @ _____

☒ che ogni necessaria comunicazione venga inviata al seguente indirizzo (*in caso di mancata indicazione vale l'indirizzo di residenza sopraindicato*):

☒ Posta Elettronica Certificata (PEC) _____ @ _____

oppure

☒ Via _____ n. _____

Città _____ Cap. _____

☐ di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare gli eventuali cambi di indirizzo all'ASP di Ragusa, la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato;

☒ di essere in possesso della cittadinanza italiana

oppure

☒ di essere in possesso della cittadinanza _____

☒ di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza

☒ di essere in possesso di tutti gli altri requisiti previsti dal bando per i cittadini italiani

☐ di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana

I cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione Europea devono dichiarare di trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 38 del D.Lgs 165/2001 così come modificato dall'art. 7 della L. 6/8/2013, n. 97 e precisamente

☒ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____)

oppure

☒ di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____)

☒ di non avere riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico;

oppure

☒ di avere riportato le seguenti condanne (*precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale*)

oppure

☒ di avere i seguenti procedimenti penali pendenti _____ presso il Tribunale di _____

(*precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale*) _____

Di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

☐ stato in servizio (anche per un solo giorno), nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, successivamente alla data del **28/8/2015** con contratto di lavoro a tempo determinato di tipo subordinato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa;

☐ stato reclutato a tempo determinato, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, attingendo ad una graduatoria, a tempo determinato o a tempo indeterminato riferita ad una procedura concorsuale ordinaria, per esami e/o titoli, ovvero prevista in una normativa di legge, procedura anche espletata presso amministrazioni pubbliche diverse dall'Azienda Provinciale Sanitaria di Ragusa;

☐ aver maturato almeno 3 anni di servizio, nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, anche non continuativi, negli ultimi otto anni (**dal 01/01/2013 al 31/12/2020**); il requisito dei tre anni di lavoro negli ultimi otto è stato maturato secondo quanto disposto al punto 1.2 – lett. c) del bando;

Di avere prestato servizio fino alla scadenza del bando:

PRESSO L'ASP DI RAGUSA

☐ lavoro a tempo determinato subordinato nel profilo di _____

DAL _____ AL _____ Full time/part- time lavorativo ridotto al ____/100%

DAL _____ AL _____ Full time/part- time lavorativo ridotto al ____/100%

DAL _____ AL _____ Full time/part- time lavorativo ridotto al ____/100%

DAL _____ AL _____ Full time/part- time lavorativo ridotto al ____/100%

DAL _____ AL _____ Full time/part- time lavorativo ridotto al ____/100%

☐ lavoro autonomo (con partita I.V.A. o Co.Co.Co.) nel profilo per cui concorre: (indicare tipo d contratto)

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

PRESSO ALTRA AZIENDA / ENTE DEL SSN (denominazione esatta) _____

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo ☐ pieno ☐ part-time ore settimanali lavorate _____
con il profilo di _____
dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo ☐ pieno ☐ part-time ore settimanali lavorate _____
con il profilo di _____
dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo ☐ pieno ☐ part-time ore settimanali lavorate _____
con il profilo di _____
dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo ☐ pieno ☐ part-time ore settimanali lavorate _____
con il profilo di _____
dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ lavoro autonomo (con partita I.V.A. o Co.Co.Co.) nel profilo per cui concorre: (indicare tipo d contratto)

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

DAL _____ AL _____ (tipo di contratto) _____

☐ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni

☐ di non essere titolare di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso una pubblica amministrazione in profilo equivalente o superiore a quello oggetto della richiesta di stabilizzazione;

☐ di essere disponibile ad operare presso le strutture ed i servizi dell'Azienda nelle forme e secondo le modalità previste dalla legge;

Dichiara altresì:

☐ di avere diritto a priorità di assunzione in quanto in servizio alla data del 22/6/2017 nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione, presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa;

- ☐ di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa per l'assunzione nello specifico profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione e precisamente *(compilare le parti di specifico interesse)*

Titolo di studio _____ conseguito il ____/____/_____
presso l'Istituto / Università *(denominazione e sede)* _____

Iscrizione all'albo professionale _____
dal ____/____/_____ al n. _____ sez. _____

(indicare dettagliatamente tutti i requisiti richiesti per l'assunzione nel profilo oggetto della domanda di stabilizzazione: es. per l'infermiere, ostetrica, fisioterapista, tecnico di laboratorio, tecnico di radiologia, tecnico di neurofisiopatologia, tecnico della prevenzione: titolo di studio (Laurea di primo livello ovvero diploma universitario conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs 30/12/1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero i diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici) e, iscrizione all'albo professionale)

- ☐ di essere a conoscenza del fatto che tutti i requisiti di ammissione (con le specifiche declinate al punto c) del bando) devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione e devono permanere anche al momento dell'assunzione ed in particolare che, in relazione alla costituzione di un eventuale rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso una pubblica amministrazione, di cui mi impegno a dare comunicazione, non si potrà dare seguito alla costituzione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato nell'Azienda Provinciale di Ragusa attraverso la presente procedura;
- ☐ di essere a conoscenza che l'assunzione è subordinata alla sussistenza della idoneità lavorativa incondizionata alle mansioni specifiche della posizione funzionale oggetto di stabilizzazione. Il relativo accertamento sarà effettuato prima dell'immissione in servizio in sede di visita preventiva ex art. 41 D.Lgs. 81/08. L'assunzione è pertanto subordinata alla sussistenza della predetta idoneità espressa dal Medico Competente;
- ☒ di essere a conoscenza che tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in occasione dell'espletamento della presente procedura verranno trattati nel rispetto di quanto disposto al punto 6) del bando; la presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento della procedura.

ALLEGA:

- ☐ Fotocopia documento di identità in corso di validità

DATA _____

FIRMA

(FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso)