

AVVISO DI RICOGNIZIONE DEL PERSONALE IN POSSESSO DEI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 75/2017, COME MODIFICATO ED INTEGRATO

AVVISO DI RICOGNIZIONE

È indetto avviso di ricognizione finalizzato ad individuare il personale potenzialmente in possesso dei requisiti prescritti dall'art. 20, comma 1 e 2, del Decreto legislativo n. 75/2017, come modificato ed integrato dalla Legge n. 160/2019, dalla Legge n. 8/2020 e dalla Legge n. 21/2021.

La ricognizione ha lo scopo di consentire l'avvio delle procedure concorsuali finalizzate al superamento del precariato e alla valorizzazione delle professionalità acquisite con rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato e con rapporti di lavoro flessibili, alla luce delle recenti novità normative.

I requisiti previsti dall'art. 20, **comma 1**, sono i seguenti:

- a) risulti in servizio successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 (28 agosto 2015) con contratti a tempo determinato presso l'ASL di Viterbo;
- b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- c) **maturi entro il 31 dicembre 2021**, alle dipendenze dell'amministrazione di cui alla lettera a) ovvero presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

I requisiti previsti dall'art. 20, **comma 2**, sono i seguenti:

- a) risulti titolare, successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 (28 agosto 2015), di un contratto di lavoro flessibile presso l'ASL di Viterbo;
- b) **maturi entro il 31 dicembre 2021**, almeno tre anni di rapporto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso l'ASL di Viterbo, ovvero presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale.

Gli interessati alle procedure di stabilizzazione, che saranno indette successivamente dall'Azienda, dovranno compilare, in forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000, i modelli n. 1 e n. 2 allegati al presente avviso, debitamente firmati, e trasmetterli esclusivamente a mezzo Posta Elettronica Certificata, al seguente indirizzo: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it, entro e non oltre il **6 aprile 2021 alle ore 23:59**.

Il Direttore
U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane
Dott. Rocco Doganiero



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

Il sottoscritto _____ c.f. _____

Nato/a 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 dei requisiti di cui all'art. 20, comma 1, del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i, di seguito elencati:

- a) risulti in servizio successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 (28 agosto 2015) con contratti a tempo determinato presso l'ASL di Viterbo;
- b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- c) **maturi entro il 31 dicembre 2021**, alle dipendenze dell'ASL di Viterbo, ovvero presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 20, comma 2, del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i., di seguito elencati:

- a) risulti titolare, successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 (28 agosto 2015), di un contratto di lavoro flessibile presso l'ASL di Viterbo;
- b) **maturi entro il 31 dicembre 2021**, almeno tre anni di rapporto, negli ultimi otto anni, anche non continuativi, presso l'ASL di Viterbo, ovvero presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale.

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati n. 679 del 2016 il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati forniti, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge.

Allega copia di documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____

Paolo Dager

Allegato n. 2

**AVVISO DI RICOGNIZIONE DEL PERSONALE IN POSSESSO DEI REQUISITI PER
LA STABILIZZAZIONE AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 75/2017, COME
MODIFICATO ED INTEGRATO**

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

Il sottoscritto _____ c.f. _____

Nato/a 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 AVER PRESTATO I SEGUENTI SERVIZI

PERIODO DI SERVIZIO n. _____
Ente _____
indirizzo sede legale dell'ente _____
Qualifica _____
dal _____ al _____ (Anni _____ Mesi _____ Giorni _____)
Tipo di rapporto: <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Altro _____
Tipologia oraria: <input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-time al _____% Specificare n° ore sett.: _____
Acquisito da Graduatoria: <input type="checkbox"/> Concorso Pubblico <input type="checkbox"/> Avviso Pubblico <input type="checkbox"/> Altra Procedura
per n. _____ posti di _____ approvata con
Delibera D.G. n. _____ del _____ da: _____

Roberto Scognetta

PERIODO DI SERVIZIO n. _____

Ente _____

indirizzo sede legale dell'ente _____

Qualifica _____

dal _____ al _____ (Anni _____ Mesi _____ Giorni _____)

Tipo di rapporto: Tempo determinato Libero Professionale Altro _____

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 Libero Professionale Altro _____

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: _____

Paceo Doganes

PERIODO DI SERVIZIO n. _____

Ente _____

indirizzo sede legale dell'ente _____

Qualifica _____

dal _____ al _____ (Anni _____ Mesi _____ Giorni _____)

Tipo di rapporto: Tempo determinato Libero Professionale Altro _____

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: _____

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

Luogo, _____

Firma

Paolo D'Agostino