



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

Scadenza

31 febbraio 2020

Vista la Legge n. 75/2017 art. 20

Vista la Legge n. 160/2019 art. 1 commi 466 e 468

Vista la nota n. 2071/2020 dell'Assessorato Regionale della Salute

il Direttore Generale

emana

AVVISO

finalizzato alla ricognizione per personale assunto a tempo determinato o con altre forme di lavoro flessibile in possesso dei requisiti per la stabilizzazione di cui all'art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017, così come modificato dalla legge n. 160/2019

APPLICAZIONE ART. 20 COMMA 1

A) Destinatari della ricognizione:

- Personale dirigenziale e non dirigenziale del SSN

Gli interessati devono essere, in possesso di tutti i seguenti requisiti di accesso:

1a) risultare in servizio (anche per un solo giorno), con contratto a tempo determinato ed in relazione alle medesime attività svolte alle dirette dipendenze di questa Azienda Ospedaliera dopo il 28/8/2015;

2a) possedere un'anzianità di servizio, maturata anche in altre Aziende Sanitarie, di almeno tre anni al 31/12/2017, anche non continuativi negli otto anni precedenti. Gli anni utili da conteggiare ricomprendono tutti i rapporti di lavoro prestato anche con diverse tipologie di contratto flessibile, ma devono riguardare attività svolte o riconducibili alla medesima area o categoria professionale.

Per il personale medico tecnico professionale ed infermieristico, dirigenziale e non del SSN, l'anzianità di servizio di almeno tre anni può essere maturata al 31/12/2019;

3a) essere stati reclutati a tempo determinato attraverso una procedura concorsuale, ovvero in esito ad una valutazione comparativa delle esperienze professionali;

APPLICAZIONE ART. 20 COMMA 2

B) Destinatari della ricognizione:

e

- Personale dirigenziale e non del SSN

Gli interessati devono essere, pena esclusione, in possesso di tutti i seguenti requisiti di accesso:

1b) essere titolari, successivamente alla data del 28/8/2015, di un contratto di lavoro flessibile presso questa Azienda Ospedaliera (ad esempio: co.co.co, co.co.pro, incarico libero professionale etc...);

2b) avere maturato alla data del 31/12/2017, almeno tre anni di contratto di lavoro flessibile, anche non continuativi negli ultimi otto anni precedenti, anche presso Aziende Sanitarie diverse.

Per il personale medico tecnico professionale ed infermieristico, dirigenziale e non del SSN, l'anzianità di servizio di almeno tre anni può essere maturata al 31/12/2019;

Modalità di partecipazione alla ricognizione

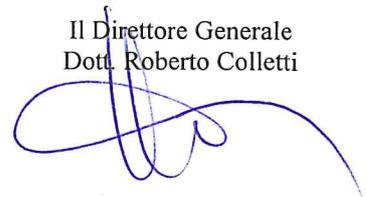
I soggetti interessati, in possesso dei requisiti come sopra dettagliati, possono presentare istanza, secondo la modulistica allegata, esclusivamente mediante trasmissione via email all'indirizzo ricognizione@arnasicivco.it entro il termine indicato in intestazione.

Gli esiti della presente ricognizione non saranno oggetto di pubblicazione e/o diffusione, essendo la stessa finalizzata a fornire all'Arnas ed ad agli Organi Regionali un quadro generale della platea dei potenziali soggetti da stabilizzare.

La presentazione dell'istanza non costituisce domanda di stabilizzazione.

La mancata partecipazione alla ricognizione non pregiudica l'eventuale partecipazione alle procedure di stabilizzazione.

Il Direttore Generale
Dott. Roberto Colletti



MODELLO DI PARTECIPAZIONE ALLA RICOGNIZIONE PER I TITOLARI DEI REQUISITI DI CUI
ALL'ART. 20 COMMA 1 D.LGS. N. 75/2017

Al Direttore Generale
Arnas Civico Di Cristina Benfratelli
ricognizione@arnascivico.it

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____, residente in _____
C.F. _____

Chiede di partecipare all'avviso finalizzato alla ricognizione per personale assunto a tempo determinato o con altre forme di lavoro flessibile in possesso dei requisiti per la stabilizzazione di cui all'art. 20, comma 1, del D. Lgs. n. 75/2017.

A tal fine dichiara di essere titolare del seguente profilo:

a) di avere prestato servizio, con contratto a tempo determinato, ed in relazione alle medesime attività svolte alle dirette dipendenze di codesta Azienda Ospedaliera dopo il 28/8/2015, dal _____ al _____ (deliberazione n. ___ del _____);

b) di possedere un'anzianità di servizio come da tabella autocertificazione servizi.

c) di essere stato reclutato a tempo determinato attraverso una procedura concorsuale:

- per conferimento di incarico a tempo determinato (deliberazione n. ___ del _____);
- per conferimento di incarico a tempo indeterminato (deliberazione n. ___ del _____);
- in esito ad una valutazione comparativa delle esperienze professionali (deliberazione n. ___ del _____)

Luogo e data

FIRMA _____

Allegati:

- *Elenco redatto nella forma dell'autocertificazione dei servizi prestati*
- *documento di identità*



MODELLO DOMANDA PER I TITOLARI DEI REQUISITI DI CUI

ALL'ART. 20 COMMA 2 D.LGS. N. 75/2017

Al Direttore Generale
Arnas Civico Di Cristina Benfratelli

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____, residente in _____
C.F. _____

Chiede di partecipare all'avviso finalizzato alla ricognizione per personale assunto a tempo determinato o con altre forme di lavoro flessibile in possesso dei requisiti per la stabilizzazione di cui all'art. 20, comma 2, del D. Lgs. n. 75/2017,

A tal fine dichiara di essere titolare del seguente profilo:

a) di essere titolare, successivamente alla data del 28/8/2015, di un contratto di lavoro flessibile presso questa Azienda Ospedaliera, dal _____ al _____ (deliberazione n. ____ del _____);

b) di possedere un'anzianità lavorativa come da tabella autocertificazione servizi.

Luogo e data

FIRMA _____

Allegati:

- *Elenco redatto nella forma dell'autocertificazione dei servizi prestati*
- *documento di identità*

C

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dei servizi prestati e delle attività svolte

Il sottoscritto _____, nato a _____ il ____/____/____, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità dichiara:

a) di aver prestato i seguenti periodi di servizio e/o svolto le seguenti attività :

n.	Denominazione Azienda/Ente pubblico del S.S.N.	Natura giuridica del rapporto di lavoro (tipologia del contratto: T. det. - co.co.co. co.co.pro. - lib. Prof.)	Profilo giuridico /professionale rivestito/ eventuale disciplina	tempo pieno/tempo definito / part-time /ore mensili	Decorrenza giuridica gg./mm./anno	Fine servizio gg./mm./anno

* In caso di servizi in numero superiore alle righe della tabella, compilare più pagine dello stesso modello - tutte le colonne devono essere compilate - In caso di servizio part-time indicare obbligatoriamente la percentuale part-time e/o comunque le ore settimanali

Data _____

Firma dell'interessato _____