SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale

IL/la sottoscritto/a

Cognome_____Nome_____

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

residenza: Via _____ n. _____

città _____ Provincia _____ CAP: _____

domicilio: Via _____ n. _____

città _____ Provincia _____ CAP: _____

indirizzo mail PEC: _____ C.F _____

(*da indicare solo se si ha una pec personale*)

indirizzo mail: _____ telefono/cellulare _____

CHIEDE

di partecipare all' avviso pubblico per **la procedura di stabilizzazione del personale della Dirigenza del ruolo sanitario** ai sensi dell'articolo 1, comma 268, della Legge n. 234/2021 e s.m.i.

nel profilo di:

		N° posti
☐	**Dirigente Medico – disciplina di Otorinolaringoiatria**	**2**

(Barrare la casella corrispondente alla scelta)

A tal fine e 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

riguardo la cittadinanza:

❒ di essere in possesso della cittadinanza italiana

❒ di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana:

❒ Cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. _____

❒ Cittadinanza del seguente Stato _____ e possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38 – comma 1 e comma 3 bis del DLGS 165/01 e s.m.i.:

_____

SOLO PER COLORO CHE POSSIEDONO UNA CITTADINANZA UE o extra UE

❒ *di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza*

❒ *di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per gli altri cittadini della Repubblica*

❒ *di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana*

riguardo l'iscrizione nelle liste elettorali:

❒ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di

_____

❒ di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

_____

riguardo le condanne penali:

❒ di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

❒ di avere riportato le seguenti condanne penali *(specificare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale)*

_____

❒ di avere in corso i seguenti procedimenti penali pendenti *(specificare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale)*

_____

_____

❒ ***Di essere in possesso di tutti i seguenti requisiti specifici di ammissione:***

a) ❒ Essere stato reclutato a tempo determinato attingendo dalla seguente graduatoria per _____ emanata dal seguente Ente/Azienda _____;

b) ❒ **Aver maturato** alle dipendenze di un ente del Servizio Sanitario Nazionale almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativo, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e la data di scadenza del presente bando, nel profilo e nella disciplina oggetto della richiesta di stabilizzazione **come da dichiarazioni sottoscritte nel modello B allegato** (da compilare obbligatoriamente pena la non ammissibilità alla procedura di stabilizzazione)

oppure

❒ Maturare entro la data del 31.12.2026 alle dipendenze di un ente del Servizio Sanitario Nazionale almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativo, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2026 nel profilo e nella disciplina oggetto della richiesta di stabilizzazione **come da dichiarazioni sottoscritte nel modello B allegato** (da compilare obbligatoriamente pena la non ammissibilità alla procedura di stabilizzazione)

Dichiara altresì:

☐ di non essere titolare di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso una pubblica amministrazione, anche se in un profilo inferiore a quello a quello oggetto della richiesta di stabilizzazione;

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

☐ di avere diritto alla preferenza, in caso di parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 487/1994 e s.m.i., per il seguente motivo *(es. n. figli, appartenenza categorie protette ecc*.):

_____

_____;

☐ di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione *(solo per i candidati di sesso maschile nati entro il 31/12/1985)*

_____

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

☐ di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa per l'assunzione nello specifico profilo e disciplina/area oggetto della richiesta di stabilizzazione e precisamente:

→ **Diploma di Laurea Triennale / Magistrale / Diploma Universitario in**

_____

conseguito presso l'Università degli Studi di

_____

in data ___/___/_____

→ Di essere iscritto all' Albo/Ordine della professione sanitaria di

_____

della provincia di _____ dal ___/___/_____

☐ di essere a conoscenza del fatto che i requisiti specifici di ammissione previsti dall'art 1 comma 268 lett. b) Legge n. 234/2021, declinati ai punti a) e b) del bando devono essere posseduti tutti contestualmente;

☐ di essere a conoscenza del fatto che i requisiti generali previsti dal bando devono permanere anche al momento dell'assunzione ed in particolare del fatto che alla costituzione di un eventuale rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso una pubblica amministrazione, anche se in un profilo inferiore a quello oggetto della presente domanda, di cui mi impegno a dare comunicazione, non potrà seguire la costituzione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato nell'AOU di Modena 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 del D. Lgs. 30/6/2003, n. 196 nonché del Regolamento Europeo n. 679/2016; la presentazione della domanda 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:

- Modello B – dichiarazione servizi resi con contratto di lavoro subordinato
- Fotocopia documento di identità in corso di validità

DATA _____

FIRMA

_____

(FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso, o FIRMA DIGITALE CERTIFICATA)

Mod. B

AUTODICHIARAZIONE DEI PERIODI DI SERVIZIO PRESTATI

allegato alla domanda di partecipazione all'avviso per la procedura di stabilizzazione del personale della Dirigenza del ruolo sanitario, ai sensi dell'articolo 1, comma 268, della Legge n. 234/2021 e s.m.i

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 il sottoscritto dichiara quanto segue:

DATI PERSONALI	
Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Esperienze lavorative **Indicare solo quelle svolte in qualità di titolare di contratti di lavoro subordinato a tempo determinato** *Compilare le dichiarazioni a fianco per ciascun periodo di servizio prestato.*	**1) di prestare servizio presso l'Azienda** _____ *(indicare nome per esteso)* nel profilo di _____ dal (gg/mm/aa) __ _____ al (gg/mm/aa)_____ (indicare anche eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.) con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario settimanale di ore _____ ********** **2) di aver prestato servizio presso l'Azienda** _____ *(indicare nome per esteso)* nel profilo di _____ dal (gg/mm/aa) __ _____ al (gg/mm/aa)_____ (indicare anche eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.) con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario settimanale di ore _____ ********** **3) di aver prestato servizio presso l'Azienda** _____ *(indicare nome per esteso)* nel profilo di _____ dal (gg/mm/aa) __ _____ al (gg/mm/aa)_____ (indicare anche eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.) con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario settimanale di ore _____

Data _____ *Firma* _____

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03

Data _____ *Firma* _____