

REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
Tel. 0922 442111 * Fax 0922 442964
P.Iva e C.F. 02570930848

Allegato C

Direttore Generale F.F. ASP Agrigento
Viale della Vittoria, 321
92100 Agrigento
protocollo@pec.aspag.it

Oggetto: Avviso per la ricognizione del personale dirigenziale e non in possesso dei requisiti di cui all'art. 20 commi 1, 2, 10, 11 e 11 bis D.Lgs 75/2017 – (Cognome e nome) – (profilo)

(cognome e nome)

(Profilo)

(Disciplina solo dirigenti medici)

Il/La Sottoscritto/a Cognome: _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ Prov. _____

Via _____ CAP _____

Recapito telefonico _____ mail/pec: _____

attualmente in servizio presso codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento in qualità di _____ ovvero già in servizio presso codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento successivamente al 28 agosto 2015 in qualità di _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso di ricognizione per il personale, dirigenziale e non, in possesso dei requisiti per la stabilizzazione ai sensi dell'art. 20, commi 1, 2, 10, 11 e 11 bis del decreto legislativo n. 75 del 2017 come modificato e integrato dall'art. 1 – commi 466 e 468 della legge n. 160 del 27/12/2019.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci nonché per il caso di formazione e/o uso di atti falsi previsti dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (in alternativa indicare i requisiti sostitutivi di cui all'art. 11 del D.P.R. 761/79 e dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 487/94);
- 2) di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____ ovvero _____



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
Tel. 0922 442111 * Fax 0922 442964
P.Iva e C.F. 02570930848

di non essere iscritto per le seguenti motivazioni:

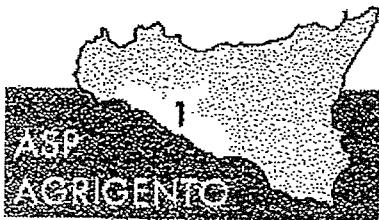
- _____
- 3) di non aver riportato condanne penali;
ovvero
 di aver riportato le seguenti condanne penali: _____
- 4) la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____
- 5) di non avere carichi pendenti
ovvero
 di avere i seguenti carichi pendenti:
- 6) di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 20 del D.Lgs 75/2017, commi 1, 2, 10, 11 e 11bis, come modificato e integrato dall'art. 1 – commi 466 e 468 della legge n. 160 del 27/12/2019
- 7) di risultare in servizio, con contratto di lavoro a tempo determinato, presso codesta amministrazione, successivamente al 28 agosto 2015, con il profilo professionale di
- o di essere stato reclutato a tempo determinato, in relazione alla medesima categoria professionale e disciplina di appartenenza, con procedure concorsuali, anche solo per titoli o colloquio, anche diverse dalla ASP di Agrigento
 - o di avere svolto servizio, per almeno tre anni, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso Amministrazione del S.S.N., secondo quanto previsto dalla succitata normativa.
- 8) Di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da precedente impiego presso pubbliche amministrazioni e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego;
Ovvero
 Di essere stato destituito, dispensato o licenziato da precedente impiego presso pubbliche amministrazioni o di essere stato dichiarato decaduto da altro impiego;
- 9) Di non essere collocato in quiescenza;
- 10) Di essere in possesso di idoneità piena e incondizionata allo svolgimento delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza:

Ai fini di cui all'avviso in oggetto, dichiara altresì:

- a) di avere prestato, presso la ASP di Agrigento, i seguenti servizi:

Azienda	Data assunzione	Data cessazione	Tipologia contratto	Qualifica / disciplina di inquadramento	Impegno orario settimanale
Asp Agrigento					
Asp Agrigento					
Asp Agrigento					
Asp Agrigento					

- b) di non avere prestato servizio presso altre pubbliche amministrazioni
ovvero



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO
Tel. 0922 442111 * Fax 0922 442964
P.Iva e C.F. 02570930848

di avere prestato servizio presso altre pubbliche amministrazioni come di seguito evidenziato (*indicare la causa di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego*):

- c) Che ogni comunicazione connessa alla procedura in oggetto potrà essere fatta al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ o al seguente indirizzo, _____ impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni dei suddetti indirizzi e consapevole che in caso di erronea o mancata comunicazione di variazione, l'ASP di Agrigento non assumerà alcuna responsabilità;

d) Chi il proprio recapito telefonico è: _____

Allega alla presente domanda copia del documento di identità in corso di validità.

Data

Firms

II/La sottoscritto/a, in merito ai dati personali riportati nella seguente domanda, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico per le finalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui alla legge 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

Data

Firma