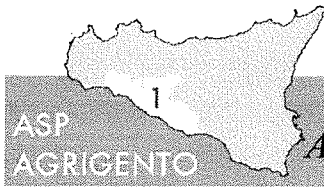


Allegato "B"



*Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229
P.Iva e C.F. 02570930848*

AL DIRETTORE GENERALE - ASP AGRIGENTO
VIALE DELLA VITTORIA, 321
SELEZIONE.PERSONALE@PEC.ASPAG.IT

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il _____, C.F. _____ residente
a _____, Prov. _____ in via
_____ n. _____ CAP _____ recapito telefonico
_____ PEC: _____

attualmente in servizio presso codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, in qualità di (profilo
professionale) _____ con contratto di lavoro
_____.

OPPURE:

che ha avuto rapporti di lavoro _____ presso codesta
Sanitaria Provinciale di Agrigento **e non più in servizio presso la stessa**, in qualità di (profilo
professionale) _____.

CHIEDE

di partecipare all'avviso di ricognizione indetto ai fini dell'eventuale stabilizzazione ai sensi dell'art. 1,
comma 268 lett. b) della Legge n. 234 del 30/12/2021 e ss.mm.ii., per la figura
professionale _____ prevista nell'avviso di ricognizione,

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 in caso
dichiarazioni mendaci e falsità in atti,



Servizio Sanitario Nazionale

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

*Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229*

P.Iva e C.F. 02570930848

DICHIARA:

1. di essere in possesso dei requisiti per la stabilizzazione ai sensi dell'art. 1, comma 268 lett. b) della Legge n. 234 del 30/12/2021, come modificata dal D.L. n. 202/2024, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 15/2025 ed in particolare:

- ☐ essere stato reclutato da Enti del Servizio Sanitario Nazionale a tempo determinato con procedure concorsuali ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto – legge 17 marzo 2020, n. 18 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, anche con contratti di lavoro flessibile e anche qualora non più in servizio;
- ☐ aver maturato o che maturerà al **31 dicembre 2025** alle dipendenze di un ente del servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2025, secondo i criteri di priorità definiti da ciascuna regione;

2. di trovarsi nella seguente posizione rispetto ai criteri di priorità del Protocollo di intesa per la stabilizzazione tra Assessorato Regionale della Salute ed Organizzazioni Sindacali del 31/03/2023:

- ☐ essere, al momento della pubblicazione dell'avviso di ricognizione, in servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato presso l'Azienda procedente e di possedere i requisiti previsti dall'art. 1 co. 268 lett. b) della L. n. 234/2021 e ss.mm.ii;
- ☐ essere dipendente reclutato con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato a seguito di selezione pubblica anche non più in servizio e che abbia maturato presso l'Azienda procedente i requisiti previsti dalla normativa in argomento;
- ☐ essere dipendente, in servizio (presso l'Azienda procedente), reclutato con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato a seguito di selezione pubblica che ha maturato i requisiti di legge con contratti di diversa tipologia purchè sia prevalente il periodo maturato nel profilo professionale oggetto di stabilizzazione con contratto a tempo determinato;
- ☐ personale con contratto di lavoro flessibile, che abbia maturato i requisiti di legge presso l'azienda procedente e che risulti già dichiarato idoneo non vincitore in una procedura selettiva pubblica di pari qualifica, (specificare procedura selettiva e Azienda o Ente del SSN)
_____;
- ☐ personale con contratto di lavoro flessibile che abbia maturato i requisiti di legge presso l'Azienda procedente, previo espletamento di apposita procedura selettiva pubblica;



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229
P.Iva e C.F. 02570930848

DICHIARA

☐- di avere prestato i servizi presso l'ASP di Agrigento, come di seguito riportati:

Azienda	Data di assunzione	Data di cessazione	Tipologia di contratto	Profilo professionale
ASP Agrigento				
ASP Agrigento				
ASP Agrigento				
ASP Agrigento				
ASP Agrigento				

☐- di non avere prestato servizio presso altri enti del Servizio Sanitario Nazionale;

ovvero

☐- di avere prestato servizio presso altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, come di seguito riportati;

Azienda	Data di assunzione	Data di cessazione	Tipologia di contratto	Profilo professionale



*Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana*

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

*Tel. 0922 407111 * Fax 0922 401229*

P.Iva e C.F. 02570930848

- che ogni comunicazione connessa alla procedura in oggetto potrà essere fatta al seguente indirizzo PEC _____, 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;

Di aver preso atto dell'informativa al trattamento dei dati personali per i partecipanti alla selezione, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

(Allegare fotocopia del documento di identità personale in corso di validità)

Data _____

Firma per esteso leggibile
