

Allegato

AVVISO

Ricognizione interna del personale dirigenziale medico assunto a tempo determinato in possesso dei requisiti per la stabilizzazione.

Questa Azienda deve procedere ad una ricognizione interna del **personale dirigenziale medico** a tempo determinato al fine di verificare il possesso dei requisiti, previsti dall'art. 20, comma 11, D.Lgs. n. 75 del 2017 così come modificato dalla L. 160/2019, dalla L. 8/2020 e dalla L. 15/2022, in particolare:

- 1) risulti in servizio presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza successivamente alla data di entrata in vigore della L. n. 124/2015 (28/08/2015) con contratto a tempo determinato;
- 2) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, intese come disciplina, mansioni dell'area o categoria professionale di appartenenza, con procedure concorsuali ordinarie, procedure selettive per esami e/o titoli, anche espletate presso Amministrazioni del SSN diverse dall'Azienda Ospedaliera di Cosenza;
- 3) abbia maturato **alla data di scadenza del presente avviso almeno tre anni di servizio**, anche non continuativi, negli ultimi otto anni con contratti a tempo determinato presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza o altre Amministrazioni del SSN.

Pertanto, il personale interessato dovrà produrre **autocertificazione, come da schema in allegato**, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, del servizio prestato presso questa Azienda e/o presso altre Aziende del SSN o presso diversi enti e istituzioni di ricerca, indicando:

- 1) profilo, durata e tipologia del rapporto di lavoro;
- 2) procedura di reclutamento adottata dall'Azienda;
- 3) estremi del provvedimento di approvazione della relativa graduatoria.

Si precisa che la presente procedura è finalizzata ad una ricognizione del **personale dirigente medico**, con rapporto a tempo determinato al fine di dare applicazione all'art. 20 del D.Lgs. n. 75 del 2017, nei termini e con le modalità stabilite dallo stesso Decreto Legislativo, in coerenza col piano

triennale dei fabbisogni e del correlato piano assunzionale e con indicazione della copertura finanziaria.

Qualora le istanze pervenute dovessero risultare superiori ai posti da ricoprire, come presenti nel piano triennale, **verrà predisposta graduatoria per titoli da apposita Commissione** che verrà nominata con provvedimento del Commissario Straordinario la quale stabilirà i criteri di valutazione in sede di avvio dei propri lavori in occasione del proprio insediamento.

Si precisa che come previsto dalla Circolare del Ministro per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione n. 3 del 2017, par. 3.2.6 “proroga dei rapporti di lavoro”, i rapporti di lavoro flessibile con i soggetti che parteciperanno alla procedura di stabilizzazione saranno prorogati sono alla conclusione della stessa.

All'autocertificazione dovrà essere allegato il documento di riconoscimento in corso di validità. L'istanza di partecipazione corredata da autocertificazione e copia del documento di identità dovrà pervenire al protocollo generale tramite l'indirizzo PEC: aocsavvisieconcorsi@pec.aocs.it entro **dieci giorni** dalla pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale.

Al presente avviso dovrà essere assicurata massima pubblicità e, pertanto, dovrà essere pubblicato sul sito aziendale, sezione concorsi e avvisi e sul portare del dipendente.

Il Commissario Straordinario
Dr. Gianfranco Filippelli

Il/La sottoscritt _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ prov. _____ cap _____ in
via _____ n. _____ recapiti tel.
_____ email/pec _____ ai sensi degli art. 46
e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole della responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi
dell'art. 76 del medesimo DPR n. 445/2000,

DICHIARA

- ☐ Di non essere dipendente a tempo indeterminato presso Amministrazioni SSN;
- ☐ Che successivamente alla data del 28/08/2015 risultava in servizio presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza in qualità di:

- Profilo professionale di appartenenza Dirigenza o Comparto:
- _____
- Indicare la tipologia di contratto
- _____

- ☐ Di essere stato reclutato con la seguente procedura
(indicare l'Amministrazione SSN e gli estremi della procedura concorsuale o selettiva):

- ☐ Di aver maturato, alla data di scadenza dell'avviso di cui alla deliberazione n...../2022, i seguenti periodi di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni con contratti di lavoro a tempo determinato presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza o altra Amministrazione del SSN:

dal _____ al _____ (Anni ____ Mesi ____ Giorni ____) in qualità
di _____

Tipologia Contratto _____

Azienda/ Ente SSN _____;

dal _____ al _____ (Anni ____ Mesi ____ Giorni ____) in qualità
di _____

Tipologia Contratto _____

Azienda/ Ente SSN _____;

dal _____ al _____ (Anni ____ Mesi ____ Giorni ____) in qualità
di _____

Tipologia Contratto _____

Azienda/ Ente SSN _____;

dal _____ al _____ (Anni ____ Mesi ____ Giorni ____) in qualità
di _____

Tipologia Contratto _____

Azienda/ Ente SSN _____;

dal _____ al _____ (Anni ____ Mesi ____ Giorni ____) in qualità
di _____

Tipologia Contratto _____

Azienda/ Ente SSN _____;

dal _____ al _____ (Anni ____ Mesi ____ Giorni ____) in qualità
di _____

Tipologia Contratto _____

Azienda/ Ente SSN _____;

dal _____ al _____ (Anni ____ Mesi ____ Giorni ____) in qualità
di _____

Tipologia Contratto _____

Azienda/ Ente SSN _____;

dal _____ al _____ (Anni ____ Mesi ____ Giorni ____) in qualità
di _____

Tipologia Contratto _____

Azienda/ Ente SSN _____;

dal _____ al _____ (Anni ____ Mesi ____ Giorni ____) in qualità
di _____

Tipologia Contratto _____

Azienda/ Ente SSN _____;

PER UN TOTALE DI ANNI _____ MESI _____ GIORNI _____

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____

- È consapevole, ai sensi del DPR n. 445/2000 della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 e delle conseguenze penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76.

- Dichiaro di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare che tali dati saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente domanda viene resa.

Data _____

Firma _____