

**Allegato Dirigenza Sanitaria
Area Materno Infantile
(DCA 64/2016)**

AVVISO

**Stabilizzazione del personale della Dirigenza Sanitaria – Area Materno Infantile ex DCA
64/2016**

DISCIPLINE:

- Neonatologia:
- Ostetricia e Ginecologia:
- Pediatria:
- Chirurgia Pediatrica:
- Fisiopatologia della Riproduzione:

Questa Azienda deve procedere ad una ricognizione del **personale della Dirigenza Sanitaria – Area Materno Infantile**, a tempo determinato al fine di verificare il possesso dei requisiti per la stabilizzazione, previsti dall'art. 1 comma 268, lettera b), Legge 234/2021, in particolare:

- 1) sia stato reclutato a tempo determinato, con procedure concorsuali/selettive ivi comprese le selezioni previste dall'art. 2- ter del DL 18/2020 convertito in L. 227/2020 e ss.mm.ii.;
- 2) abbia maturato al 30 giugno 2022 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 30 giugno 2022.
- 3) Non sia assunto a tempo pieno e indeterminato presso altro Ente del SSR/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, 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;
- 4) servizio maturato alle dipendenze dell'Azienda Ospedaliera e in altri Enti del SSR/SSR;
- 5) assenza di vigente rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altri Enti del SSR/SSN alla data di presentazione della domanda.

Si precisa che la presente procedura viene effettuata in coerenza col piano triennale dei fabbisogni 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.

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 diecigiorni dalla pubblicazione 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 portale 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. 46e
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;
- ☐ Di aver maturato alla data del 30.06.2022 alle dipendenze di un ente de Servizio Sanitario almeno 18 (diciotto) mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno 6 (sei) mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 ed il 30 giugno 2022 in qualità di:

- Profilo professionale di appartenenza Dirigenza o Comparto:

- _____
- Indicare la tipologia di contratto

- _____
- Indicare la disciplina

- _____

- ☐ 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 del 30.06.2022 almeno 18 (diciotto) mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno 6 (sei) mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 ed il 30 giugno 2022, 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 _____;

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.

Dichiara 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 _____