

AL DIRETTORE GENERALE ASL PESCARA
risorse.umane@asl.pe.it

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____
Via _____ n. _____
codice fiscale _____ e-mail personale _____
e-mail Asl Pescara _____ cellulare _____

comunica, ai soli fini ricognitivi, il proprio interesse alla stabilizzazione presso l'ASL Pescara ai sensi dell'art. 1, comma 268, lettera b, legge 234/2021.

A tal proposito dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 il possesso dei requisiti previsti dalla norma in richiamo, come di seguito:

- ✓ di essere consapevole che la presente comunicazione assume valore meramente ricognitivo per l'ASL Pescara e non costituisce riconoscimento del diritto all'assunzione a tempo indeterminato per il sottoscritto;
- ✓ di essere stato reclutato con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato previa procedura concorsuale, incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del D.L. n. 18/2020 convertito in legge 27/2020, presso Aziende ed Enti del S.S.N. (diverse dalla A.S.L. di Pescara) con il profilo professionale di:
_____;
- ✓ di aver maturato o di prevedere di maturare almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31/01/2020 ed il 30/06/2022 presso le seguenti amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale:

SERVIZIO 1

- PROFILO PROFESSIONALE

(es. Dir. Medico, Dir. Biologo, CPS Infermiere, CPS TSRM, CPS Ostetrica, Operatore Socio Sanitario, Assistente Sociale etc.)

- DENOMINAZIONE AZIENDA

(es. ASL, A.O., IRCCS PUBBLICO etc.)

- INDIRIZZO AZIENDA E P.E.C.
- _____

MODULO DI RICOGNIZIONE INTERESSE ALLA STABILIZZAZIONE PRESSO ASL PESCARA
ART. 1, COMMA 268, LETTERA b), LEGGE 234/2021
DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO E SOCIO SANITARIO
DA TRASMETTERE ENTRO IL TERMINE MASSIMO DEL 30 APRILE 2022 all'indirizzo e-mail risorse.umane@asl.pe.it

- MODALITA' DI RECLUTAMENTO

(es. avviso pubblico, concorso pubblico, etc.)

- PROVVEDIMENTO APPROVAZIONE GRADUATORIA (N. E DATA)

- RAPPORTO CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO

Dal (g/m/a) ___/___/___ al (g/m/a) ___/___/___

- EVENTUALE PERIODO DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI O ALTRE CAUSE DI SOPENSIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

DAL _____ AL _____

SERVIZIO 2

- PROFILO PROFESSIONALE

(es. Dir. Medico, Dir. Biologo, CPS Infermiere, CPS TSRM, CPS Ostetrica, Operatore Socio Sanitario, Assistente Sociale etc.)

- DENOMINAZIONE AZIENDA

(es. ASL, A.O., IRCCS PUBBLICO etc.)

- INDIRIZZO AZIENDA E P.E.C.

- MODALITA' DI RECLUTAMENTO

(es. avviso pubblico, concorso pubblico, etc.)

- PROVVEDIMENTO APPROVAZIONE GRADUATORIA (N. E DATA)

- RAPPORTO CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO

Dal (g/m/a) ___/___/___ al (g/m/a) ___/___/___

- EVENTUALE PERIODO DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI O ALTRE CAUSE DI SOPENSIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

DAL _____ AL _____

SERVIZIO 3

- PROFILO PROFESSIONALE

(es. Dir. Medico, Dir. Biologo, CPS Infermiere, CPS TSRM, CPS Ostetrica, Operatore Socio Sanitario, Assistente Sociale etc.)

- DENOMINAZIONE AZIENDA

(es. ASL, A.O., IRCCS PUBBLICO etc.)

MODULO DI RICOGNIZIONE INTERESSE ALLA STABILIZZAZIONE PRESSO ASL PESCARA
ART. 1, COMMA 268, LETTERA b), LEGGE 234/2021

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO E SOCIO SANITARIO
DA TRASMETTERE ENTRO IL TERMINE MASSIMO DEL 30 APRILE 2022 all'indirizzo e-mail risorse.umane@asl.pe.it

- INDIRIZZO AZIENDA E P.E.C.

- MODALITA' DI RECLUTAMENTO

(es. avviso pubblico, concorso pubblico, etc.)

- PROVVEDIMENTO APPROVAZIONE GRADUATORIA (N. E DATA)

- RAPPORTO CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO

Dal (g/m/a) ___/___/_____ al (g/m/a) ___/___/_____

- EVENTUALE PERIODO DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI O ALTRE CAUSE DI SOPENSIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

DAL _____ AL _____

SERVIZIO 4

- PROFILO PROFESSIONALE

(es. Dir. Medico, Dir. Biologo, CPS Infermiere, CPS TSRM, CPS Ostetrica, Operatore Socio Sanitario, Assistente Sociale etc.)

- DENOMINAZIONE AZIENDA

(es. ASL, A.O., IRCCS PUBBLICO etc.)

- INDIRIZZO AZIENDA E P.E.C.

- MODALITA' DI RECLUTAMENTO

(es. avviso pubblico, concorso pubblico, etc.)

- PROVVEDIMENTO APPROVAZIONE GRADUATORIA (N. E DATA)

- RAPPORTO CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO

Dal (g/m/a) ___/___/_____ al (g/m/a) ___/___/_____

- EVENTUALE PERIODO DI ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI O ALTRE CAUSE DI SOPENSIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

DAL _____ AL _____

Data _____

Firma _____

Di essere consapevole, ai sensi dell'art. 75 del DPR n 445/2000 della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle conseguenze penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'articolo 76; dichiara inoltre di essere informato che i dati personali forniti in sede di partecipazione alla presente procedura ricognitiva o comunque acquisiti a tale scopo dall'Azienda Sanitaria Locale, saranno trattati secondo quanto previsto dall'Informativa Privacy Aziendale pubblicata sul sito dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

Allega copia fronte-retro documento d'identità in corso di validità