

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA 3

Via Casal Bernocchi, 73 00125 Roma

C.F. e P.I.: 04733491007

Avviso ricognitivo riservato al personale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge n. 234/2021.

Il presente avviso ricognitivo è riservato al personale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge n. 234/2021 e potenzialmente destinatario delle relative procedure di stabilizzazione.

Il comma 268 sopra richiamato introduce nell'ordinamento una nuova disciplina di stabilizzazione del personale delle Aziende e degli Enti del SSN, finalizzata alla valorizzazione della professionalità acquisita durante la fase emergenziale da COVID-19 nonché al rafforzamento strutturale del SSN.

La norma, in particolare, prevede la possibilità di assumere con contratto di lavoro a tempo indeterminato di natura subordinata i soggetti, appartenenti al ruolo sanitario, socio sanitario o con profilo di O.S.S., che abbiano maturato almeno 18 mesi di esperienza, al 30 giugno 2022, presso un ente del S.S.N. e con almeno sei mesi di servizio nel periodo 31.01.2020 – 30.06.2022.

Si specifica che questo avviso di ricognizione è finalizzato alla stima dei potenziali soggetti interessati alla procedura di stabilizzazione in oggetto e riguarda, pertanto, i soli soggetti che abbiano i requisiti come sopra specificati.

Pertanto, la partecipazione a questo Avviso di ricognizione non comporterà l'automatica ammissione alla futura procedura di stabilizzazione, che verrà successivamente bandita e alla quale bisognerà aderire mediante apposita domanda entro i termini che saranno indicati, né titolo di preferenza o vantaggio rispetto agli altri candidati.

Allo stesso modo, la mancata partecipazione all'avviso ricognitivo di che trattasi non comporterà l'esclusione dalla procedura di stabilizzazione di cui al citato art. 1 comma 268 lett. b)

SI INVITA

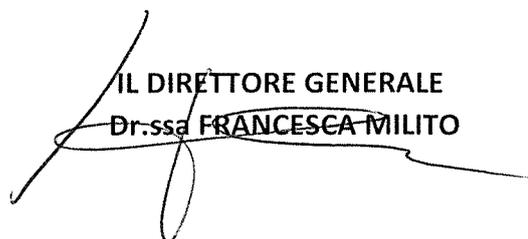
pertanto, tutto il personale interessato a rendere noto il possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge n. 234/2021 secondo l'allegato schema esemplificativo da indirizzare al Direttore Generale dell'ASL Roma 3, con sede in via di Casal Bernocchi n. 73 – 00125 Roma, esclusivamente per via telematica mediante casella di posta elettronica certificata concorsi.aslroma3@pec.it entro il giorno 31/08/2022

L'adesione implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, a cura dell'Azienda ed all'utilizzo degli stessi per lo svolgimento della procedura di ricognizione.

I dati personali trasmessi con la domanda verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE 679/16.



IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa ~~FRANCESCA MILITO~~



Facsimile domanda

Al Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. ROMA 3

Via Casal Bernocchi n. 73 – 00125 Roma

Avviso ricognitivo riservato al personale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge n. 234/2021.

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____, residente in _____ (prov. _____),
Via _____ n. _____ cap _____ Codice Fiscale _____
recapito telefonico _____, indirizzi di posta elettronica/pec _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del medesimo D.P.R.

DICHIARA

- di essere attualmente in servizio / di essere stato in servizio (cancellare l'opzione non riguardante) a tempo determinato presso _____, in qualità di (profilo professionale) _____, cat. ____ ruolo _____
- che tale rapporto di lavoro ha avuto decorrenza dal giorno _____ al giorno _____
- di aver maturato, alla data del 30.06.2022, alle dipendenze dell'ASL Roma 3 ovvero alle dipendenze di altra Azienda o Ente del S.S.R., almeno 18 mesi di esperienza di cui almeno n. 6 mesi di servizio nel periodo dal 31.01.2020 al 30.06.2022 e al riguardo si precisano i periodi:
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____

Il/la sottoscritto/a allega alla presente dichiarazione una fotocopia di valido documento di identità.

Data _____

Firma _____