

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. 20, comma 1 del D.Lgs. n. 75/2017 (Legge Madia) modificato dall'art. 1, comma 3 bis della Legge n. 15/2022.

Il presente avviso ricognitivo è riservato al personale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 20, comma 1 del D.Lgs. n. 75/2017, cosiddetta Legge Madia, come modificato dall'art. 1 comma 3 bis della Legge n. 15/2022 e potenzialmente destinatario delle relative procedure di stabilizzazione.

Il comma 3 bis sopra richiamato ha disposto la proroga al 31 dicembre 2023 del termine per l'attuazione della stabilizzazione dei cosiddetti precari, modificando i termini di cui all'art. 20, comma 1 del D.Lgs. n.75/2017.

La norma, in particolare, prevede la possibilità di assumere con contratto di lavoro a tempo indeterminato di natura subordinata i soggetti, appartenenti al Comparto e alla Dirigenza, che abbiano maturato al **31.12.2022** alle dipendenze dell'amministrazione che procede all'assunzione, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

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 comma 3 bis.

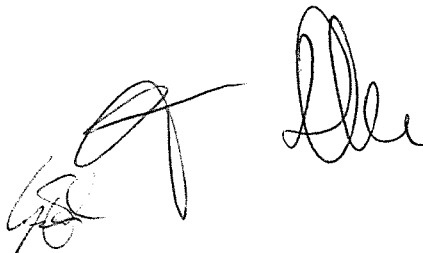
SI INVITA

pertanto, tutto il personale interessato a rendere noto il possesso dei requisiti previsti dall'art. 20, comma 1 del D.Lgs. n. 75/2017 (Legge Madia) modificato dall'art. 1, comma 3 bis della Legge n. 15/2022, 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. 20, comma 1 del D.Lgs. n. 75/2017 (Legge Madia) modificato dall'art. 1, comma 3 bis della Legge n. 15/2022.

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 31.12.2022, alle dipendenze dell'ASL Roma 3 almeno 3 anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi 8 anni 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 _____