

MODULO ALLEGATO A

Per coloro che hanno maturato i requisiti del triennio di anzianità, fermi restando i requisiti richiesti dall'art. 20, comma 1 e 2 del D.L. 75/2017

Al Direttore Generale della ASL ROMA6
Dott. Narciso Mostarda
Borgo Garibaldi 12
00041 Albano Laziale (RM)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___)
il _____ residente nel Comune di _____ (___)
in Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____
Codice Fiscale _____
Tel. _____ PEC _____
e-mail _____

CONSAPEVOLE

che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente dichiarazione incorrerà nelle sanzioni penali di cui al D.P.R. 445/2000 e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle dichiarazioni non veritiere interessando questa Azienda, le autorità giudiziarie e i competenti Collegi/Ordini:

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI
(barrare le voci che interessano e compilare ove richiesto)

DI ESSERE DIPENDENTE DELLA ASL ROMA 6 CON CONTRATTO DI LAVORO A:

TEMPO DETERMINATO (art. 20 comma 1 del D. Lgs. 75/2017)

ALTRA TIPOLOGIA CONTRATTUALE (art. 20 comma 2 del D. Lgs. 75/2017) specificare quale _____

IN SERVIZIO C/O _____

MATRICOLA _____

CON IL SEGUENTE INQUADRAMENTO: _____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DELLA DIRIGENZA DEL S.S.N. - SPECIFICARE:

Profilo: Disciplina: _____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DEL COMPARTO DEL S.S.N. - SPECIFICARE:

Qualifica: _____ Categoria: _____

Dal _____ Al _____

OVVERO

(per i soggetti attualmente non in servizio c/o l'ASL Roma 6)

DI AVER PRESTATO SERVIZIO PRESSO LA ASL ROMA 6 CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO VIGENTE SUCCESSIVAMENTE AL 28.08.2015, NEI SEGUENTI PERIODI:

1. dal _____ al _____ ;
2. dal _____ al _____ ;
3. dal _____ al _____ ;
4. dal _____ al _____ ;
5. dal _____ al _____ ;
6. dal _____ al _____ ;

CON IL SEGUENTE INQUADRAMENTO:

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DELLA DIRIGENZA DEL S.S.N. - SPECIFICARE:

Profilo: Disciplina: _____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DEL COMPARTO DEL S.S.N. - SPECIFICARE:

Qualifica: _____ Categoria: _____

DI ESSERE STATO RECLUTATO DALLA SEGUENTE GRADUATORIA:

- o **CONCORSO PUBBLICO**
- o **AVVISO DI SELEZIONE** (Pubblicato sul BURL o G.U. Repubblica Italiana)
- o **ALTRA PROCEDURA**

Graduatoria approvata con Delibera n. _del ___ da: _____

DI AVER MATURATO AL 31.12.2020 (dal 01.01.2013 al 31.12.2020) ALMENO 3 (TRE) ANNI DI SERVIZIO A TEMPO DETERMINATO SUBORDINATO, ANCHE NON CONTINUATIVO, NEGLI ULTIMI 8 ANNI, PRESSO AZIENDE / ENTI DEL S.S.N., SECONDO QUANTO DI SEGUITO SPECIFICATO :

PERIODO DI SERVIZIO dal _____ al _____

presso Azienda/Ente del
S.S.N. _____

indirizzo sede legale Azienda _____

in qualità di (Qualifica) _____

Tipo contratto: _____

Tipologia oraria: Tempo pieno Part-time al ___% Specificare n° ore sett.: ____

Assunto da Graduatoria:

Concorso Pubblico

Avviso Pubblico

Altra procedura

approvata con Delibera n. _____ del _____

PERIODO DI SERVIZIO dal _____ al _____

presso Azienda/Ente del S.S.N. _____

indirizzo sede legale Azienda _____

in qualità di (Qualifica) _____

Tipo contratto: _____

Tipologia oraria: Tempo pieno Part-time al ___% Specificare n° ore sett.: ____

Assunto da Graduatoria:

Concorso Pubblico

Avviso Pubblico

Altra procedura

Graduatoria approvata con Delibera delibera n. _____ del _____

Luogo _____ data: _____

Firma _____

SI ALLEGA FOTOCOPIA FRONTE RETRO DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ