AZIENDE SANITARIE

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Avviso pubblico di ricognizione finalizzato all’eventuale stabilizzazione, del personale in possesso dei requisiti di cui all’art. 20, comma 1, del D.Lgs. N. 75/2017.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AVVISO PUBBLICO

DI RICOGNIZIONE FINALIZZATO ALL'EVENTUALE STABILIZZAZIONE, DEL PERSONALE IN POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL'ART. 20, COMMA 1, DEL D.LGS. N. 75/2017

In applicazione dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs. 25 maggio 2017 n. 75 e *ss.mm.ii.*, questa Azienda procede con il presente Avviso ad una ricognizione del personale che, in possesso dei requisiti previsti, sia interessato all'assunzione a tempo indeterminato.

I requisiti previsti dal comma 1 dell'art. 20 del citato D. Lgs. e di cui occorre essere in possesso per fruire dell'eventuale stabilizzazione sono i seguenti:

a) aver prestato servizio presso l'Azienda Sanitaria di Potenza successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 (*28 agosto 2015*) con contratti a tempo determinato;
b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
c) abbia maturato, al 31 dicembre 2021, alle dipendenze dell'amministrazione di cui alla lettera *a)* che procede all'assunzione, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

Come stabilito dal comma 11 dello stesso art. 20, il requisito di cui alla lett. *c)* può essere stato maturato anche "*presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale o presso diversi enti e istituzioni di ricerca*".

<u>Modalità e termini di presentazione delle domande</u>

Le domande di partecipazione alla ricognizione, indirizzate al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, via Torraca n. 2 – 85100 – Potenza, dovranno pervenire con una delle seguenti modalità:

- a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, tramite il servizio postale;
- mediante consegna direttamente all'Ufficio del Protocollo Generale dell'Azienda, in via Torraca, Potenza;

- mediante trasmissione alla PEC dell'Azienda **protocollo@pec.aspbasilicata.it**. La validità di invio mediante PEC è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) della quale deve essere titolare. Non sarà pertanto valido l'invio da casella di posta elettronica ordinaria, anche se indirizzata alla PEC aziendale o l'invio da casella di posta elettronica certificata della quale il candidato non è titolare.

Le domande di partecipazione dovranno pervenire entro e non oltre il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul B.U.R. della Regione Basilicata – Parte II.

Qualora detto giorno sia festivo ovvero cada di sabato, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo. Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato.

La domanda dovrà essere redatta, in carta semplice, in modo conforme al modello allegato al presente avviso, e dovrà essere debitamente sottoscritto dal candidato.

Alla domanda dovrà essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

La partecipazione all'avviso non determina alcun obbligo per l'Azienda che si riserva di dare applicazione alle disposizioni di cui all'art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017 e *ss.mm.ii.* solo nei limiti ed in coerenza con i propri fabbisogni di personale.

Trattamento dei dati personali

L'Azienda, in qualità di titolare del trattamento, utilizzerà i dati personali forniti dai candidati solo ed esclusivamente ai fini ricognitivi propri dell'avviso del conferimento del suddetto incarico e per le finalità inerenti alla gestione dell'incarico medesimo, ovvero ai fini dell'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo. Il trattamento sarà effettuato anche con l'ausilio di strumenti informatici.

Responsabile del Procedimento

Il Responsabile del procedimento è la Dott.ssa Leonilde Nobile, alla quale potranno essere richiesti chiarimenti ed informazioni al seguente indirizzo email: leonilde.nobile@aspbasilicata.it

Il Direttore Generale
Giampaolo Stopazzolo

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AVVISO DI RICOGNIZIONE EX ART. 20, COMMA 1, DEL D. LGS. N. 75/2017

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Via Torraca n. 2 – 85100 – Potenza (PZ)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ residente in _____ alla Via _____ codice fiscale _____, comunica di essere in possesso dei requisiti previsti dall'**art. 20, comma 1**, del D.Lgs. n. 75/2017 e di essere interessato all'**assunzione a tempo indeterminato** prevista dalla stessa norma.

Pertanto, consapevole che il possesso dei requisiti non determina alcun obbligo assunzionale da parte dell'Azienda, dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, di essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) cittadinanza italiana o appartenenza ad uno stato membro della U.E.;
b) godimento diritti civili e politici;
c) non aver riportato condanne penali che escludano dall'elettorato atti o che impediscano l'esercizio della professione;
d) non essere stato destituito o dichiarato decaduto dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
e) non trovarsi in conflitti di interessi con l'Azienda;
f) non essere in quiescenza;
g) possesso del seguente titolo di studio _____, conseguito il _____ presso _____;
h) di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 20, comma 1, del D. Lgs. n. 75/2017 e, in particolare:
   - di aver prestato servizio, anche per un solo giorno, successivamente alla data del 28 agosto 2015 e con contratto di lavoro a tempo determinato presso codesta Azienda;
   - di essere stato assunto a tempo determinato attingendo da una graduatoria a tempo determinato o indeterminato, conseguente ad una procedura selettiva pubblica;
   - di aver maturato al 31 dicembre 2021 almeno tre anni di servizio negli ultimi otto anni, anche non continuativi, presso codesta Azienda ***(1)***;
   - che il servizio è stato svolto in qualità di _____ *(ad es. dirigente medico o sanitario, indicando la relativa disciplina, collaboratore sanitario infermiere, collaboratore sanitario tecnico di radiologia etc.*);

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

i) che i rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato, che hanno consentito la maturazione del requisito di cui al precedente punto, sono i seguenti (*indicare tipologia rapporto di lavoro, durata, Azienda e specifica struttura presso la quale il servizio è stato prestato e profilo professionale rivestito*):

Ente e Struttura	Periodo		Qualifica/Profilo
	data inizio	data fine	

(1)*Per il solo personale dirigenziale e non del Servizio Sanitario Nazionale il requisito dei "tre anni di lavoro negli ultimi otto anni, anche non continuativi" si intende conseguito anche se la prestazione lavorativa sia stata svolta "anche presso diverse amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale o presso diversi enti e istituzioni di ricerca".*

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di impegnarsi, nel caso in cui l'Azienda intenda procedere all'assunzione a tempo indeterminato a produrre, nei termini e con le modalità indicate dalla stessa Azienda, ogni documentazione e dichiarazione presupposta all'instaurarsi del rapporto di lavoro;
- di essere consapevole che i dati forniti con la domanda di partecipazione all'avviso ricognitivo saranno utilizzati esclusivamente ad uso interno e comunque nel rispetto del D. Lgs n. 196/2003. A tal fine ne autorizza il trattamento da parte dell'Azienda Sanitaria di Potenza ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003.
- di indicare quale recapito per ogni eventuale comunicazione il seguente:
  _____ tel. _____

Si allega, alla presente copia fotostatica di un valido documento d'identità.

Luogo e data _____

Firma

_____

(da non autenticare)