

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Direttore generale
dell'ASL n.2 di Olbia
Servizio del Personale
Via Caduti sul Lavoro, 35 Olbia

Oggetto: Domanda di partecipazione alla procedura di stabilizzazione personale del comparto.

__l__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____ (Prov.____)
il _____, residente in _____, _____ (CAP _____),
Via _____, n.____ e domiciliat__ per la presente procedura in
_____ (CAP _____), Via _____, n.
_____ tel. _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di stabilizzazione per il personale del comparto per il profilo professionale di _____.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00, dichiara:

1. di essere cittadino _____ ;
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ;
3. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti (in caso contrario specificare);
4. di trovarsi rispetto agli obblighi sul reclutamento militare nella seguente posizione:
 obbligo assolto; esonerato;
5. quanto al possesso dei requisiti specifici di accesso alla procedura :
 1. di essere, al 31/12/2006, dipendente con contratto di lavoro a tempo determinato dell'ASL n° ___;

OVVERO

2. di essere stato dipendente a tempo determinato dell'ASL n° __ dal _____ al _____, ultimo periodo utili ai fini del compimento del triennio;

3. di essere in possesso di 3 anni di servizio reso con contratto di lavoro dipendente a tempo determinato in aziende del Servizio sanitario regionale, nel periodo dal 1/01/2002 al 31/12/2006, secondo quanto indicato nella sottostante tabella:

Azienda *	Dal gg/mm/aa	Al gg/mm/aa	Titolo di assunzione **	Profilo professionale***	Modalità prestazione ****	Motivo assunzione *****

* indicare per esteso denominazione dell'Azienda sanitaria del SSR c/o cui è stato svolto il servizio

** per selezione pubblica per assunzione a tempo determinato ovvero per utilizzo graduatoria idonei concorso pubblico

*** indicare profilo professionale di cui all'Al. 1 CCNL integrativo Comparto sanità del 20/09/2001;

**** a tempo pieno (con impegno orario di 36 h. settimanali) ovvero part time (specificare l'impegno orario settimanale)

***** 1) per copertura posto vacante; 2) per sostituzione temporanea del titolare (o dei titolari); 3) per realizzazione di particolari progetti.

6. di aver prestato **ulteriori** periodi di servizio, reso con contratto di lavoro dipendente a tempo determinato in aziende del SSR, nel periodo dal 1/01/2002 al 31/12/2006, secondo quanto indicato nella sottostante tabella:

Azienda *	Dal gg/mm/aa	Al gg/mm/aa	Titolo di assunzione **	Profilo professionale***	Modalità prestazione ****	Motivo assunzione *****

7. di essere in possesso del titolo di _____ conseguito presso _____ nell'anno _____ necessario per l'accesso alla posizione per cui si richiede la stabilizzazione;
8. di essere iscritto nell'albo professionale (ove richiesto) dei _____ della prov. di _____ dal _____;
9. di essere in possesso dell'idoneità fisica al servizio;
10. di non essere stato destituito, dispensato o dichiarato decaduto dall'impiego presso pubbliche amministrazioni *ovvero* (specificare) _____;
11. di aver diritto di preferenza o precedenza all'assunzione in base alle vigenti norme di leggi e regolamenti (art. 5 del D.P.R. 487/94) in quanto _____;
12. di avere a carico n° _____ figli ovvero di non avere figli a carico;
13. di accettare l'eventuale inquadramento a tempo indeterminato in qualsiasi azienda sanitaria della Sardegna e di indicare le seguenti 3 preferenze, in ordine di priorità, con riguardo alle aziende del SSR in cui desidera essere stabilizzato:
- 1) _____;
- 2) _____;
- 3) _____;
14. Ai sensi del D.Lgs 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.

Le comunicazioni relative alla presente procedura dovranno essere inviate al domicilio sopra indicato. Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

Data _____ Firma _____ -

Si allegano:

n. 1 copia dell'elenco dei documenti presentati;

fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

◆ di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui è in possesso o il cui originale è depositato presso _____;

◆ _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ASL n. ____, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari, _____

Il Dichiarante * _____

N.B. Il dichiarante deve allegare alla dichiarazione fotocopia di un documento di identità in corso di validità.