

DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 INERENTE L'AVVISO DI RECLUTAMENTO, A TEMPO INDETERMINATO, DI PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO E SOCIOSANITARIO DEL S.S.N., AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 268 LETT. b), DELLA LEGGE N. 234 DEL 30.12.2021 PER N. 13 CPS INFERMIERI E N. 10 OSS

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____

(nome) _____ nato/a _____ a

_____ prov. _____ il _____ residente

a _____ prov. _____

c.a.p. _____ Via _____ n. _____ codice fiscale

_____ Indirizzo PEC personale (obbligatorio):

_____, agli effetti di ogni comunicazione relativa al presente

avviso, Indirizzo email: _____

Recapito telefonico _____, eventuale Domicilio (se diverso

dall'indirizzo di residenza) _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di

dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

di aver letto e di accettare tutte le condizioni previste dall'avviso ricognitivo/manifestazione di interesse di che trattasi;

di godere dei diritti politici;

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di

ovvero non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

di non aver procedimenti penali in corso;

ovvero di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____

di non aver riportato condanne penali;

ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____.

D I C H I A R A, I N O L T R E:

- di essere consapevole che la manifestazione di interesse è aperta ai collaboratori che hanno stipulato un contratto a tempo determinato con l'AORN Sant'Anna e San Sebastiano e, ai soli fini del completamento del periodo previsto, in aggiunta a questo, anche eventualmente presso altri Enti del SSN, anche svolto ai sensi dell'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 (Misure urgenti per l'accesso al Servizio sanitario nazionale) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27;
- di essere a conoscenza che in caso di incapienza di personale per motivi legati al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, verrà conferita priorità di assunzione al personale che avrà svolto un maggior numero di mesi di servizio presso Sant'Anna e San Sebastiano; la restante parte verrà posta in apposita graduatoria di personale in possesso dei requisiti cui all'art. 1 comma 268 lettera b) della legge n. 234 del 30/12/2021 dalla quale attingere entro il 31/12/2023.

Ai fini del possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 comma 268 lett. b) della legge n. 234 del 30/12/2021 per la stabilizzazione a tempo indeterminato, dichiara di appartenere alla seguente tipologia di personale:

- **Personale del ruolo sanitario e del ruolo sociosanitario, anche qualora non più in servizio,** e di essere in possesso di tutti i seguenti requisiti e nello specifico:

1. di essere/essere stato titolare di un contratto a tempo determinato presso Sant'Anna e San Sebastiano stipulato anche per effetto dell'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 (Misure urgenti per l'accesso al Servizio sanitario nazionale) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, nel seguente profilo professionale (barrare la casella di proprio riferimento):

- Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere,
- Operatore Socio - Sanitario,

con la seguente procedura concorsuale _____ a decorrere dal _____ al _____ per un totale di n. _____ mesi.

2. Essere/essere stato eventualmente titolare di un contratto a tempo determinato (in aggiunta al periodo svolto presso Sant'Anna e San Sebastiano di cui al punto 1) anche con medesima motivazione dell'art. 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 (Misure urgenti per l'accesso al Servizio sanitario nazionale) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, presso il seguente/i Ente/i del SSN _____ con la seguente procedura concorsuale _____ a decorrere dal _____ al _____ per un totale di n. _____ mesi al 30/06/2022 con il medesimo profilo professionale cui sopra;

3. Avere maturato pertanto, almeno diciotto mesi di servizio a tempo determinato entro il 30 giugno 2022, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022 (art. 1 comma 268 lettera b) Legge 234/2022) presso Sant'Anna e San Sebastiano ed, in aggiunta, eventualmente anche presso altri Enti del SSN anche con la medesima motivazione dell'art. 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18;
4. essere in possesso del seguente titolo di studio inerente al profilo professionale di interesse (gli Operatori Socio-sanitari dovranno indicare tutti gli estremi dell'attestato di qualifica professionale conseguito a seguito di partecipazione a corsi di formazione promossi dalla Regione Campania o equivalente se rilasciato da altre Regioni):
_____;
5. essere iscritto all'Ordine Professionale, (ove previsto, specificare numero, data e luogo di iscrizione) _____;
6. di non trovarsi in nessuna delle situazioni di esclusione dalla procedura di stabilizzazione che si elencano di seguito:
 - a. rapporto di lavoro instaurato con le agenzie di somministrazione e non con gli enti del S.S.N. A tal fine si riporta quanto stabilito nelle Linee Guida Conferenza Stato Regioni, alla pagina 2 "Non si ritiene stabilizzabile il personale che ha prestato servizio presso gli enti del SSN con contratti di somministrazione in quanto il rapporto di lavoro di tale personale è instaurato con le agenzie di somministrazione e non con gli enti del SSN";
 - b. essere in possesso dello status di personale convenzionato;
 - c. essere già titolare di contratto a tempo indeterminato;
7. di essere pertanto in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione previsti dal DPR 220/2001 e dal DPR 483/1997 per ciascun profilo professionale (barrare la casella di proprio interesse):

REQUISITI DI AMMISSIONE PER COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE:

- Diploma di Laurea in Infermieristica (classe L/SNT01) ovvero Diploma Universitario di "Infermiere", conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30/12/92 n. 502 e s.m.i. ovvero altri diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti al Diploma Universitario ai fini dell'esercizio della professione e dell'accesso ai pubblici concorsi (D.M. 27/7/2000); per i titoli conseguiti all'estero è necessario il possesso del provvedimento di equivalenza di cui all'art.38 del D.Lgs. n.165/2001;
- Iscrizione all'Albo professionale.

REQUISITI DI AMMISSIONE PER OPERATORE SOCIO-SANITARIO:

- Diploma di istruzione secondaria di primo grado (licenza media) o assolvimento dell'obbligo scolastico, ovvero provvedimento di equipollenza del titolo conseguito all'estero e rilasciato dagli organi competenti;

- Attestato di qualifica professionale di Operatore Socio Sanitario conseguito a seguito di partecipazione a corsi di formazione promossi dalla Regione Campania o equivalente se rilasciato da altre Regioni e di cui si era in possesso alla data di presentazione dell'istanza di partecipazione per la selezione che ne ha consentito il reclutamento.

8. di impegnarsi, per il profilo professionale di Operatore Socio Sanitario, ad esibire il menzionato attestato di qualifica professionale in originale, o in copia conforme, all'atto della sottoscrizione del contratto;

9. di impegnarsi a comunicare eventuali istanze di stabilizzazione presentate presso altri enti del S.S.N. anche se successivamente al presente bando;

Il sottoscritto è consapevole, ai sensi del DPR n 445/2000, della decadenza dei benefici di cui all'articolo 75 e delle conseguenze penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'articolo 76;

dichiara, altresì, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di essere informato che i dati personali forniti in sede di partecipazione alla presente procedura ricognitiva o comunque acquisiti a tale scopo dall'Azienda Sanitaria Locale Benevento, saranno trattati per le finalità di gestione della predetta procedura e saranno utilizzati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro per le finalità inerenti alla gestione dello stesso.

In fede

Data _____

Firma _____

Si allega copia del documento d'identità in corso di validità.