

REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO  
Tel.0922 442111 \* Fax 0922 442964  
P.Iva e C.F. 02570930848

**Allegato B**

Commissario Straordinario ASP Agrigento  
Viale della Vittoria, 321  
92100 Agrigento  
[selezione.personale@pec.aspag.it](mailto:selezione.personale@pec.aspag.it)

- Oggetto: AVVISO PER LA RICOGNIZIONE DEL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO E GLI OPERATORI SOCIO SANITARI, IN POSSESSO DEI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE AI SENSI DELL'ART. 1 , COMMA 268 , LETTERA B) DELLA LEGGE N. 234 DEL 30/12/2021(LEGGE DI BILANCIO 2022)**

**– (Cognome e nome) – (profilo)**

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (Profilo)  
\_\_\_\_\_  
(Disciplina solo dirigenti medici)

Il/La Sottoscritto/a Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ mail/pec: \_\_\_\_\_

attualmente in servizio presso codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento in qualità di \_\_\_\_\_  
ovvero già in servizio presso codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

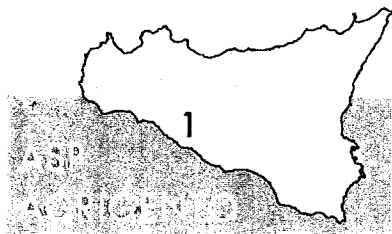
**DI PARTECIPARE ALL'AVVISO DI RICOGNIZIONE DEL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO E GLI OPERATORI SOCIO SANITARI, IN POSSESSO DEI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE AI SENSI DELL'ART. 1 , COMMA 268 , LETTERA B) DELLA LEGGE N. 234 DEL 30/12/2021(LEGGE DI BILANCIO 2022)**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci nonché per il caso di formazione e/o uso di atti falsi previsti dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

1) di essere in possesso della cittadinanza italiana (*in alternativa indicare i requisiti sostitutivi di*





REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO  
Tel. 0922 442111 \* Fax 0922 442964  
P.Iva e C.F. 02570930848

- cui all'art. 11 del D.P.R. 761/79 e dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 487/94);
- 2) ☐ di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_

ovvero

- ☐ di non essere iscritto per le seguenti motivazioni:

- 3) ☐ di non aver riportato condanne penali;

ovvero

- ☐ di aver riportato le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_

- 4) la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: \_\_\_\_\_

- 5) ☐ di non avere carichi pendenti

ovvero

- ☐ di avere i seguenti carichi pendenti:

di essere in possesso dei seguenti requisiti di cui all'ART. 1 , COMMA 268 , LETTERA B)  
DELLA LEGGE N. 234 DEL 30/12/2021(LEGGE DI BILANCIO 2022) :

- di risultare in servizio, con contratto di lavoro a tempo determinato, presso codesta amministrazione, nel profilo professionale di \_\_\_\_\_(può partecipare alla selezione esclusivamente il personale del ruolo sanitario della dirigenza e del comparto e del ruolo tecnico limitatamente al profilo di OSS)
  - di essere stato reclutato a tempo determinato, in relazione alla medesima categoria professionale e disciplina di appartenenza, con procedure concorsuali, anche solo per titoli o colloquio, anche diverse dalla ASP di Agrigento
  - di essere tra i soggetti aventi titolo all'assunzione potendo maturare al 30/06/2022 alle dipendenze di un Ente del S.S.N. almeno 18 mesi di servizio anche non continuativi di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31/1/2020 e il 30/06/2022.
- 6) ☐ Di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da precedente impiego presso pubbliche amministrazioni e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego;

Ovvero

- ☐ Di essere stato destituito, dispensato o licenziato da precedente impiego presso pubbliche amministrazioni o di essere stato dichiarato decaduto da altro impiego;

- 7) Di non essere collocato in quiescenza;

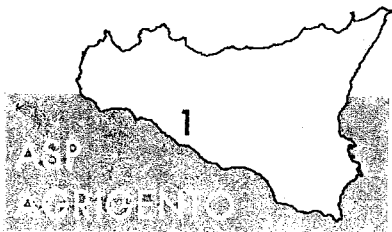
- 8) Di essere in possesso di idoneità piena e incondizionata allo svolgimento delle mansioni proprie della qualifica di appartenenza:

Ai fini di cui all'avviso in oggetto, dichiara altresì:

- a) di avere prestato, presso la ASP di Agrigento, i seguenti servizi:

| Azienda       | Data assunzione | Data cessazione | Tipologia contratto | Qualifica / disciplina di inquadramento | Impegno orario settimanale |
|---------------|-----------------|-----------------|---------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| Asp Agrigento |                 |                 |                     |                                         |                            |





REGIONE SICILIANA  
 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO  
 Tel. 0922 442111 \* Fax 0922 442964  
 P.Iva e C.F. 02570930848

|                  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|
| Asp<br>Agrigento |  |  |  |  |  |
| Asp<br>Agrigento |  |  |  |  |  |
| Asp<br>Agrigento |  |  |  |  |  |

b) di non avere prestato servizio presso altre pubbliche amministrazioni

ovvero

☐ di avere prestato servizio presso altri Enti del Servizio sanitario Nazionale come di seguito evidenziato (indicare la causa di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego):

| Azienda<br>(denominazione<br>e sede) | Data<br>assunzione | Data<br>cessazione | Tipologia<br>contratto | Qualifica /<br>disciplina di<br>inquadramento | Impegno<br>orario<br>settimanale |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|
|                                      |                    |                    |                        |                                               |                                  |
|                                      |                    |                    |                        |                                               |                                  |
|                                      |                    |                    |                        |                                               |                                  |
|                                      |                    |                    |                        |                                               |                                  |
|                                      |                    |                    |                        |                                               |                                  |
|                                      |                    |                    |                        |                                               |                                  |
|                                      |                    |                    |                        |                                               |                                  |
|                                      |                    |                    |                        |                                               |                                  |
|                                      |                    |                    |                        |                                               |                                  |

- c) Che ogni comunicazione connessa alla procedura in oggetto potrà essere fatta al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_ o al seguente indirizzo, \_\_\_\_\_ impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni dei suddetti indirizzi e consapevole che in caso di erronea o mancata comunicazione di variazione, l'ASP di Agrigento non assumerà alcuna responsabilità;
- d) Chi il proprio recapito telefonico è: \_\_\_\_\_;

**Allega alla presente domanda copia del documento di identità in corso di validità**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, in merito ai dati personali riportati nella seguente domanda, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico per le finalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui alla legge 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

