

STABILIZZAZIONE PERSONALE PRECARIO DEL RUOLO SANITARIO E OPERATORI SOCIO SANITARI
ai sensi dell'art. 1 – comma 268 – lettera b) Legge n. 234/2021

PROCEDURA DI RICOGNIZIONE DEL PERSONALE POTENZIALMENTE IN POSSESSO DEI REQUISITI

Si rende noto che, in ossequio alla Circolare della Regione Lazio prot. n. U0217478 del 3/03/2022, è avviata la procedura di RICOGNIZIONE DEL PERSONALE POTENZIALMENTE IN POSSESSO DEI REQUISITI di cui all'art. 1 – comma 268 – lettera b) Legge n. 234/2021, rivolta esclusivamente al PERSONALE PRECARIO DEL RUOLO SANITARIO e agli OPERATORI SOCIO SANITARI che, anche qualora non più in servizio, risultino in possesso dei requisiti prescritti, di seguito specificati:

- 1) personale reclutato a tempo determinato con procedura concorsuale, ivi incluse le selezioni indette ai sensi dell'art. 2-ter del Decreto-Legge n. 18 del 17/03/2020, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 27 del 4/04/2020;
- 2) abbia maturato alla data del 31/12/2021, alle dipendenze di un ente del Servizio Sanitario Nazionale, almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativo, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31/01/2020 e il 31/12/2021 **OVVERO** maturi alla data del 30/06/2022, alle dipendenze di un ente del Servizio Sanitario Nazionale, almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativo, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31/01/2020 e il 30/06/2022.

Si evidenzia che:

- i requisiti previsti devono essere posseduti contestualmente;
- il soggetto interessato non deve essere titolare di contratto di natura subordinata, a tempo indeterminato, nel medesimo profilo, alle dipendenze di un ente del Servizio Sanitario Nazionale;
- sono **esclusi** dal computo dell'anzianità di servizio utile, ancorché prestati presso Enti del SSN, i periodi lavorativi maturati mediante:
 - contratto flessibile (co.co.co./libero professionale);
 - contratto di somministrazione (interinale);
 - contratto alle dipendenze di soggetti che forniscono servizi in appalto (cooperativa);
 - contratto nell'ambito della medicina convenzionata (ACN).

Ciò premesso, i soggetti appartenenti al RUOLO SANITARIO e gli OPERATORI SOCIO SANITARI interessati, in possesso dei requisiti di cui all'art. 1 – comma 268 – lettera b) Legge n. 234/2021, sono invitati a:

- trasmettere l'allegato MODULO, compilato e firmato, corredato di documento di identità, (scansionati in un unico file PDF) ENTRO E NON OLTRE 10 GIORNI dalla pubblicazione del presente avviso, sul sito della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata www.ptvonline.it (LAVORA CON NOI/Concorsi ed Avvisi/Concorsi ed Avvisi Pubblici/sezione dedicata), alla casella PEC concorsi@ptvonline.postecert.it indicando nell'oggetto ricognizione stabilizzazione.

Si ricorda che l'effettiva ricezione della comunicazione è garantita esclusivamente dalla ricevuta di avvenuta consegna. Verificare la ricezione alla propria casella di posta certificata e conservare la suddetta ricevuta. La Fondazione PTV non assume responsabilità per il mancato recapito di comunicazioni dipendenti da errata indicazione del recapito PEC aziendale da parte del concorrente nonché da altri fatti non imputabili a colpa dell'Amministrazione.

La Fondazione PTV si riserva la facoltà di procedere a controlli a campione per accertare la veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle predette dichiarazioni. Le dichiarazioni mendaci e false sono punite penalmente ai sensi del DPR n. 445/00.

La Fondazione PTV si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, la presente procedura, tenuto conto delle disposizioni regionali e nazionali vigenti nel tempo, ovvero, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse la necessità od opportunità, per ragioni di pubblico interesse, escludendo per i soggetti interessati qualsiasi pretesa o diritto.

La presente procedura è esclusivamente finalizzata alla ricognizione dei soggetti potenzialmente interessati alla procedura di stabilizzazione, che sarà eventualmente avviata in ossequio alla programmazione temporale ed alle modalità dettate dalla Regione Lazio/Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Giuseppe Quintavalle

Al Direttore Generale
Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata
PEC concorsi@ptvonline.postecert.it

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ (____) il _____
residente in _____ (____) CAP _____
Via/Piazza _____ n _____
CODICE FISCALE _____
PEC _____ @ _____
MAIL _____ @ _____
Recapiti telefonici _____ - _____

CON LA PRESENTE

presa visione della procedura di RICOGNIZIONE DEL PERSONALE POTENZIALMENTE IN POSSESSO DEI REQUISITI di cui all'art. 1 - comma 268 - lettera b) Legge n. 234/2021, rivolta esclusivamente al PERSONALE PRECARIO DEL RUOLO SANITARIO e agli OPERATORI SOCIO SANITARI che, anche qualora non più in servizio, risultino in possesso dei requisiti prescritti, avviata dalla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata (pubblicata sul sito della Fondazione PTV www.ptvonline.it, consapevole delle pene previste dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/00 per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 suddetto DPR

DICHIARA

IL POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI di cui all'art. 1 - comma 268 - lettera b) Legge n. 234/2021:

ATTENZIONE: BARRARE LE VOCI CHE INTERESSANO E COMPILARE OVE NECESSARIO

☐ DI APPARTENERE ALLA SEGUENTE CATEGORIA DI PERSONALE PRECARIO DEL RUOLO SANITARIO:

DIRIGENZA SSN-PROFILO: _____ Disciplina _____

COMPARTO SSN-QUALIFICA: _____ Categoria _____

☐ di non deve essere titolare di contratto di natura subordinata, a tempo indeterminato, nel medesimo profilo, alle dipendenze di un ente del Servizio Sanitario Nazionale;

☐ DI ESSERE STATO RECLUTATO a tempo determinato con procedura concorsuale, ivi incluse le selezioni indette ai sensi dell'art. 2-ter del Decreto-Legge n. 18 del 17/03/2020, c.c.m. dalla Legge n. 27 del 4/04/2020, presso la seguente AMMINISTRAZIONE del S.S.N.: _____;

☐ DI AVER MATURATO ALLA DATA DEL 31/12/2021, alle dipendenze di un ente del S.S.N., almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativo, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31/01/2020 e il 31/12/2021

ovvero

☐ DI MATURARE ALLA DATA DEL 30/06/2022, alle dipendenze di un ente del S.S.N., almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativo, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31/01/2020 e il 30/06/2022

COME SEGUE (inserire periodi di servizio):

➤ Azienda/Ente SSN:

Sede azienda: _____

Tipologia contratto: _____

inquadramento: _____

Disciplina: _____

Decorrenza rapporto: _____

Tipo assunzione: _____

☐ Dirigenza Medica SSN

☐ Comparto SSN

dal _____ al _____

Ore settimanali: N. _____

➤ Azienda/Ente SSN:

Sede azienda: _____

Tipologia contratto: _____

inquadramento: _____

Disciplina: _____

Decorrenza rapporto: _____

Tipo assunzione: _____

☐ Dirigenza Medica SSN

☐ Comparto SSN

dal _____ al _____

Ore settimanali: N. _____

➤ Azienda/Ente SSN:

Sede azienda: _____

Tipologia contratto: _____

inquadramento: _____

Disciplina: _____

Decorrenza rapporto: _____

Tipo assunzione: _____

☐ Dirigenza Medica SSN

☐ Comparto SSN

dal _____ al _____

Ore settimanali: N. _____

➤ Azienda/Ente SSN:

Sede azienda:

Tipologia contratto:

inquadramento:

Disciplina:

Decorrenza rapporto:

Tipo assunzione:

☐ Dirigenza Medica SSN

☐ Comparto SSN

dal _____ al _____

Ore settimanali: N. _____

➤ Azienda/Ente SSN:

Sede azienda:

Tipologia contratto:

inquadramento:

Disciplina:

Decorrenza rapporto:

Tipo assunzione:

☐ Dirigenza Medica SSN

☐ Comparto SSN

dal _____ al _____

Ore settimanali: N. _____

➤ Azienda/Ente SSN:

Sede azienda:

Tipologia contratto:

inquadramento:

Disciplina:

Decorrenza rapporto:

Tipo assunzione:

☐ Dirigenza Medica SSN

☐ Comparto SSN

dal _____ al _____

Ore settimanali: N. _____

➤ Azienda/Ente SSN:

Sede azienda:

Tipologia contratto:

inquadramento:

Disciplina:

Decorrenza rapporto:

Tipo assunzione:

☐ Dirigenza Medica SSN

☐ Comparto SSN

dal _____ al _____

Ore settimanali: N. _____

➤ Azienda/Ente SSN:

Sede azienda:

Tipologia contratto:

inquadramento:

Disciplina:

Decorrenza rapporto:

Tipo assunzione:

☐ Dirigenza Medica SSN

☐ Comparto SSN

dal _____ al _____

Ore settimanali: N. _____

➤ Azienda/Ente SSN:

Sede azienda:

Tipologia contratto:

inquadramento:

Disciplina:

Decorrenza rapporto:

Tipo assunzione:

☐ Dirigenza Medica SSN

☐ Comparto SSN

dal _____ al _____

Ore settimanali: N. _____

☐ di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, finalizzato agli adempimenti di cui alla procedura;

☐ di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e dei documenti ad essa allegati, il/la sottoscritto/a incorrerà nelle sanzioni penali di cui al D.P.R. 445/2000 e s.m.i, e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle dichiarazioni non veritiere nonché che l'Azienda provvederà alla trasmissione dei relativi atti alle autorità giudiziarie competenti, ai Collegi/Ordini ed alle eventuali amministrazioni di appartenenza.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda **FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ.**

Data _____

Firma _____