

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 _____