

AVVISO FINALIZZATO ALLA RICOGNIZIONE DEL PERSONALE PRECARIO IN SERVIZIO PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE, PER LA VERIFICA DEL POSSESSO DEI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE DI CUI ALL'ART. 20 COMMA 1 E COMMA 11 BIS DEL DLGS N. 75/2017 COME MODIFICATO ED INTEGRATO DALLA LEGGE N. 160/2019 ART. I COMMA n. 466 e n. 468.

VISTA la Legge n. 160 del 27/12/2019 la quale all'art. 1 comma 466 aggiunge al comma 11 del D.lgs. n. 75/2017 il comma 11 bis che testualmente stabilisce "allo scopo di fronteggiare la grave carenza di personale e superare il precariato, nonché per garantire la continuità nell'erogazione dei LEA, per il personale medico, tecnico professionale e infermieristico, dirigenziale e non, del SSN, le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 si applicano fino al 31 Dicembre 2022. Ai fini del presente comma, i termini per il requisito di cui al comma 1 lett. C) ed al comma 2 lett. B) è stabilito alla data del 31 dicembre 2019";

VISTO, altresì, il comma 468 dell'art. 1 della L. n. 160/2019 che statuisce "al Part. 20 comma 10 del Dlgs. n. 75 del 2017 le parole "personale medico, tecnico professionale e infermieristico" sono sostituite dalle seguenti "personale dirigenziale e non dirigenziale" e le parole "31 dicembre 2018" sono sostituite da "31 dicembre 2019" e le parole "31 dicembre 2019" sono sostituite dalle seguenti "31 dicembre 2020";

LETTA la Circolare n. 3/2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione avente ad oggetto "Indirizzi operativi in materia di valorizzazione dell'esperienza professionale del personale con rapporto di lavoro flessibile e superamento del precariato";

CONSIDERATO, pertanto, che in attuazione della normativa suindicata occorra procedere alla ricognizione del personale in servizio presso questa Azienda in possesso dei requisiti per la stabilizzazione, nel rispetto dei limiti e delle condizioni stabilite dalla normativa vigente, nelle more della definizione del fabbisogno di cui al DCA n. 192 del 20/12/2019;

SI RENDE NOTO

Che il personale precario, medico, tecnico professionale ed infermieristico, dirigente e non, in servizio a tempo determinato presso questa Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, in possesso dei requisiti di cui alla normativa indicata in premessa, interessato a partecipare alle procedure di stabilizzazione, ed

inoltrare domanda da redigersi secondo il fac simile **Allegato A**.

La presente ricognizione non determinerà alcun diritto alla stabilizzazione essendo quest'ultima vincolata all'approvazione del Piano triennale delle assunzioni da parte della Struttura Commissariale, e alle risorse finanziarie assegnate nel rispetto dei vincoli imposti dalle norme di contabilità pubblica.

I requisiti per la partecipazione all'avviso sono:

- Essere in servizio a tempo determinato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone;
- Avere maturato al 31/12/2019 almeno tre anni di servizio anche non continuativo presso qualsiasi ente del SSN negli ultimi 8 anni (nel periodo temporale 31/12/2011 - 31/12/2019) nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione.

Sono validi i servizi prestati con diverse tipologie di contratto flessibile purché relative ad attività del medesimo profilo professionale.

La domanda di partecipazione alla ricognizione, da redigersi esclusivamente sul modello allegato, dovrà pervenire entro e non oltre 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio Aziendale. Sarà inoltre inserito nel sito web www.asp.crotone.it - Homepage Sez. Primo Piano.

Il termine di presentazione della domanda è perentorio.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute fuori dai termini di presentazione previsti dall'avviso.

La domanda di partecipazione potrà pervenire con la seguente modalità:

mediante invio alla casella di posta elettronica certificata (PEC) di questa Azienda all'indirizzo: protocollo@pec.asp.crotone.it. Con sottoscrizione effettuata tramite firma digitale del candidato o sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione di un valido documento di identità.

La validità di tale modalità di invio, ai sensi della normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte dei partecipanti, di casella di posta elettronica certificata personale.

Non sarà, pertanto, ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato.

L'Amministrazione non assume responsabilità per dispersioni di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito.

Alla domanda dovrà essere allegata l'Autocertificazione, ai sensi del DPR n.445/2000, secondo il modello **Allegato B**, attestante il possesso dei requisiti per la stabilizzazione, con indicazione del profilo, durata e tipologia del rapporto di lavoro; procedura di reclutamento adottata ed estremi

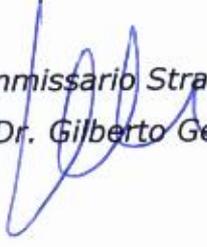
del provvedimento di approvazione della relativa graduatoria in cui l'interessato risulta utilmente collocato.

All'autocertificazione dovrà essere allegato copia del documento in cui l'interessato risulta utilmente collocato.

Effettuata la ricognizione di cui al presente avviso, sarà avviata la procedura di stabilizzazione del personale avente diritto, nei termini e nelle modalità stabilite dalla vigente normativa in materia, in relazione alle necessità organizzative aziendali ed in coerenza con il Piano Triennale dei fabbisogni, tenuto altresì conto della copertura finanziaria.

Si rammenta che la stabilizzazione è consentita solo nei confronti di coloro che abbiano prestato rapporti di lavoro a tempo determinato in esito ad una procedura concorsuale.

Per eventuali informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione. Tel 0962924846-0962924071. Pec: risorseumane@pec.asp.crotone.it


Il Commissario Straordinario
Dr. Gilberto Gentili

ALLEGATO A

Al Direttore Generale f.f.
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI CROTONE**

Il/la sottoscritto/a _____ , nato/a a _____ il _____ e
residente in _____ alla Via _____ n. _____ ,

CHIEDE

di partecipare all'avviso finalizzato alla ricognizione del personale precario medico, tecnico professionale ed infermieristico, dirigenziale e non, in servizio a tempo determinato presso l'ASP di Crotone, pubblicato all'Albo Aziendale e sul sito web istituzionale in data _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/00 e consapevole delle sanzioni penali previste dall' art.76 del medesimo D.P.R., dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

- Di essere nato a _____ il _____ C.F. _____ ;
- Di essere residente in _____ alla Via _____ n. _____ ;
- Di essere dipendente , a tempo determinato, presso l'ASP di Crotone, nel profilo professionale di _____ ;

Che quanto dichiarato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000;

Chiede che ogni comunicazione inerente all'avviso gli venga fatta al seguente indirizzo:

Via _____

Tel. _____

PEC/Mail _____

Il/la sottoscritto/a consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per lo svolgimento di tutte le procedure relative all'avviso di ricognizione.

Con osservanza.

_____ data _____

Firma _____

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____
(provincia _____) il _____, e residente in _____
(provincia _____), Via/piazza _____ n. _____, consapevole delle

responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara quanto segue:

1. Di essere titolare di rapporto di lavoro con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, a tempo determinato;
2. Di aver partecipato alla procedura per assunzioni, a tempo indeterminato/determinato, di n. _____ posti di _____ e di essersi collocato al _____ posto della graduatoria degli idonei;
3. Di aver prestato i seguenti servizi, con rapporto di lavoro subordinato ed a tempo determinato, nel profilo professionale e per i periodi di seguito elencati:

presso _____ profilo _____ dal _____ al _____

4. Di non essere dipendente a tempo indeterminato presso altre Amministrazioni del SSN.

Si allega fotocopia del documento d'identità.

Data _____

Firma _____