



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Ufficio Affari Generali
Segreteria Generale
Registro Pubblicazioni Atti
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

N. 54 del 27 MAG 2021

Il Direttore Ufficio
Affari Generali e Legali
Dr.ssa Anna GIORDANO

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 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI.

VISTO il D.lgs. n. 75 del 25/05/2017 (e ss.mm.ii. apportate dalla L. n. 160/2019, dal D.L. n. 162/2019 convertito in L. n. 8/2020, dal D.L. n. 34/2020 convertito in L. n. 77/2020, dal D.L. n. 183/2020 convertito in L. n. 21/2021, dalla L. n. 178/2020) che al comma 11-bis testualmente stabilisce: "Allo scopo di fronteggiare la grave carenza di personale e superare il precariato, nonché per garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, per il personale medico, tecnico professionale e infermieristico, dirigenziale e no, del Servizio sanitario nazionale ... omissis ... il termine per il conseguimento dei requisiti di cui al comma 1, lettera c), e al comma 2, lettera b), è stabilito alla data del 31 dicembre 2021, fatta salva l'anzianità di servizio già maturata sulla base delle disposizioni vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.";

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 occorre 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;

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 Crotona, in possesso dei requisiti di cui alla normativa indicata in premessa, interessato a partecipare alle procedure di stabilizzazione, deve inoltrare domanda da redigersi secondo il facsimile **Allegato A.**

I requisiti per la partecipazione all'Avviso, posseduti al 31/12/2021, data di scadenza del bando, sono:

- Essere in servizio a tempo determinato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone;
- Essere stato assunto a tempo determinato con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- Avere maturato al 31/12/2021 almeno tre anni di servizio anche non continuativo presso qualsiasi ente del SSN negli ultimi 8 anni (nel periodo temporale 31/12/2013 - 31/12/2021) nel profilo oggetto della richiesta di stabilizzazione.

Sono validi i servizi prestati con diverse tipologie di contratto flessibile, anche presso diversi enti del SSN, 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 la data del 31 dicembre 2021.

Per i candidati che maturano i requisiti entro il 30/06/2021, la stabilizzazione è prevista con decorrenza 01/07/2021 e per coloro che li maturano entro il 31/12/2021, la decorrenza è dal 01/01/2022.

Il presente Avviso è pubblicato all'Albo Pretorio Aziendale. Sarà inoltre inserito nel sito web www.asp.crotone.it - Homepage Sez. Primo Piano.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute fuori dal termine di presentazione previsto dall'Avviso.

La domanda di partecipazione dovrà pervenire con una delle seguenti 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;
- mediante invio di raccomandata con ricevuta di ritorno;
- mediante consegna a mano all'Ufficio Protocollo aziendale.

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 idoneo.

All'autocertificazione dovrà essere allegata copia del documento in cui l'interessato risulta idoneo.

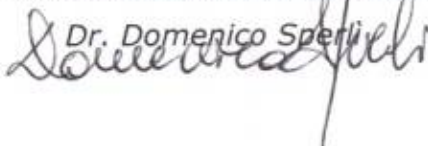
Effettuata la ricognizione di cui al presente Avviso, sarà avviata con cadenza periodica la

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 n. 0962924846-0962924071. Pec: risorseumane@pec.asp.crotone.it

Il Commissario Straordinario

Dr. Domenico Sperli


ALLEGATO A

*Al Commissario Straordinario
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, compresi 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 _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____
(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 Crotona, 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 _____

presso _____ profilo _____ dal _____ al _____

presso _____ profilo _____ dal _____ al _____

presso _____ profilo _____ dal _____ al _____

presso _____ profilo _____ dal _____ al _____

presso _____ profilo _____ dal _____ al _____

presso _____ profilo _____ dal _____ al _____

presso _____ profilo _____ dal _____ al _____

presso _____ profilo _____ dal _____ al _____

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

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

Data _____

Firma _____