



ASL Lecce

PugliaSalute

**AVVISO DI RICOGNIZIONE RIVOLTO AL PERSONALE SSN IN POSSESSO DEI REQUISITI
PREVISTI DALL'ART. 10 L.R. Puglia 7 Luglio 2020 n. 18**

VISTO l'art. 10 della Legge Regionale 7 Luglio 2020 n. 18 che dispone "Nel limite dei posti vacanti nella dotazione organica e nel rispetto della spesa sanitaria derivante dalle norme vigenti, il personale già titolare di contratto, ovvero di incarico a tempo indeterminato, presso aziende o enti del Servizio sanitario nazionale e in servizio a tempo determinato alla data del 31 dicembre 2019, presso una azienda o ente del Servizio sanitario della Regione Puglia è confermato nei ruoli di quest'ultima a tempo indeterminato, previa presentazione, entro sessanta giorni dalla data in vigore della presente legge, di apposita domanda di mobilità. La presente legge è pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R. 12/05/2004, n. 7 Statuto della Regione Puglia"

SI INVITA

il personale dirigenziale e non, del Servizio Sanitario Nazionale, che possiede tutti i seguenti requisiti:

1. risultati titolare di contratto di lavoro a tempo indeterminato presso Aziende o Enti del Servizio sanitario nazionale;
2. risultati in servizio a tempo determinato presso ASL Lecce alla data del 31/12/2019;

A PRESENTARE

dal 24 Luglio 2020 al 22 Settembre 2020, istanza di mobilità da inoltrare al seguente indirizzo pec: areapersonale.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it, utilizzando il modello di domanda allegato al presente avviso.

Il presente avviso è pubblicato sul sito aziendale sezione Albo Pretorio – Concorsi, nonché è inviato alle Direzioni dei Dipartimenti, alle Direzioni Mediche e Amministrative delle Strutture Ospedaliere, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari, alle Aree Aziendali, nonché alle rappresentanze sindacali Area Sanità, Comparto Sanità, PTA, affinché ne agevolino la diffusione.

Il Direttore Amministrativo
Antonio Pastore

Il Direttore Generale
Rodolfo Polho

Il Direttore Sanitario
Roberto Carli



Il Direttore f.f.
Area Gestione del personale
Dott.ssa Grazia Argentieri

ASL LECCE

Via Miglietta, 5 - 73100 LECCE

areapersonale.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it

e p c Alla Azienda SSN/Ente SSN di provenienza

Loro Sedi

Oggetto: Art. 10 della L.R. Puglia 7 Luglio 2020 n. 18 - Istanza di mobilità presso ASL Lecce.

Il sottoscritt _____, C.F. _____,
nato a _____ il _____, residente a _____
in via _____,

Visto l'art. 10 della L.R. Puglia 7 Luglio 2020 n. 18,

CHIEDE

Di essere confermato a tempo indeterminato nel ruolo dell'ASL Lecce, in qualità di *(indicare esattamente la qualifica)* _____

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana;
2. di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____;
3. di essere dipendente a tempo indeterminato presso *(indicare Azienda/Ente SSN di appartenenza)* _____

in qualità di *(indicare esattamente la qualifica)* _____;

4. di essere in servizio a tempo determinato presso ASL Lecce a decorrere dal _____
nella qualifica di *(indicare esattamente la qualifica)* _____;

5. di aver superato il periodo di prova presso *(indicare Azienda/Ente SSN)* _____
nella qualifica di *(indicare esattamente la qualifica)* _____;

6. di NON aver riportato condanne penali o procedimenti penali in corso OVVERO di aver riportato le
seguenti condanne penali e/o procedimenti penali in corso _____;

7. di NON aver riportato sanzioni disciplinari negli ultimi due anni OVVERO di aver riportato sanzioni
disciplinari negli ultimi due anni OVVERO avere in corso i seguenti procedimenti disciplinari _____;

Si impegna a presentare qualsiasi documento richiesto dall'ASL Lecce inerente al presente procedimento.

Chiede che tutte le comunicazioni vengano inviate al seguente indirizzo pec: _____

Il sottoscritt_ allega alla presente istanza:
fotocopia del documento di identità.
curriculum professionale e formativo.

li _____

(firma per esteso del richiedente)