DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

su tipologia rapporto e servizio effettuato ai fini della verifica dei requisiti per la stabilizzazione ex art. 20, D.Lgs. n. 75/2017

Il/la sottoscritto/a _____ , nato a _____ il _____, residente a _____in via _____ n° __ c.a.p. _____ ,

ai fini della partecipazione alle procedure di stabilizzazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania ex art. 20 commi 1, 2, 10, 11 e 11 bis D.Lgs n°75/2017, testo vigente, per la quale manifesta il proprio interesse,
consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito, ai sensi del Codice Penale, secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

DICHIARA

Di essere/essere stato

- ☐ * dipendente a tempo determinato dell'Azienda Sanitaria Provinciale in data successiva al 28 agosto 2015 nel profilo professionale _____, disciplina (eventuale) _____ , assunto a seguito di procedure concorsuali presso la suddetta Azienda o presso altre Pubbliche Amministrazioni, e che ha maturato alla data del _____ almeno tre anni di servizio, anche continuativi o non, negli ultimi otto anni, presso l'ASP di Catania o altre amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale;
- ☐ * dipendente a tempo determinato dell'Azienda Sanitaria Provinciale in data successiva al 28 agosto 2015 nel profilo professionale _____, disciplina (eventuale) _____ , assunto a seguito di procedure concorsuali presso la suddetta Azienda o presso altre Pubbliche Amministrazioni, e che maturerà alla data del _____ almeno tre anni di servizio, anche continuativi o non, negli ultimi otto anni, presso l'ASP di Catania o altre amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale, come da contratto di lavoro con scadenza prevista il _____;
- ☐ * titolare di contratto flessibile con l'Azienda Sanitaria Provinciale in data successiva al 28 agosto 2015 nel profilo professionale _____, disciplina (eventuale) _____ e che ha maturato alla data del _____ almeno tre anni di contratto, anche continuativi o non, negli ultimi otto anni, presso l'ASP di Catania o altre amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale;
- ☐ * titolare di contratto flessibile con l'Azienda Sanitaria Provinciale in data successiva al 28 agosto 2015 nel profilo professionale _____, disciplina (eventuale) _____ e che maturerà alla data del _____ almeno tre anni di contratto, anche continuativi o non, negli ultimi otto anni, presso l'ASP di Catania o altre amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale, come da contratto di lavoro con scadenza prevista il _____;

**barrare la casella di interesse (più caselle se si cumulano periodi a t.d. e di c.f.)*

In particolare, dichiara che il servizio svolto/da svolgere presso quest'Azienda e/o altre amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale nel suddetto profilo è il seguente con la relativa tipologia di contratto:

Data inizio servizio	*Data fine servizio*	*Pubblica Amministrazione*	*Tipologia contratto (esatta denominazione)*

Indirizzi validi di posta elettronica certificata (PEC) e/o di posta elettronica ordinaria per ogni eventuale comunicazione non inviata all'indirizzo di residenza:

_____

_____

Catania, lì _____

FIRMA

Allega copia di proprio documento di riconoscimento in corso di validità.