AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DELLA ROMAGNA

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____(nome)_____Matricola_____

chiede di essere ammesso/a all'avviso interno:

PER LA TRASFORMAZIONE/PROSECUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE – SECONDA TRANCHE - PREVIA ASSEGNAZIONE DI APPOSITA POSTAZIONE – PERSONALE COMPARTO PROFILI DEL RUOLO SANITARIO, OPERATORI SOCIO SANITARI E AUTISTI DI AMBULANZA

Scadenza bando il 13.01.2025

A TAL FINE IL/LA SOTTOSCRITTO/A, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000, E S.M.I., CONCERNENTI LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA', PREVENTIVAMENTE AMMONITO/A CIRCA LA RESPONSABILITÀ PENALE CUI, AI SENSI DELL'ART. 76 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000, PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA

(ATTENZIONE: È OBBLIGATORIO COMPILARE GLI SPAZI VUOTI E BARRARE LE CASELLE CORRISPONDENTI ALLA SCELTA)

- **di essere nato/a a (Comune)**_____ **prov.**_____ il _____ e **residente in**

  Via_____

  (città) _____prov. _____ c.a.p. _____

  recapito telefonico (1)_____ recapito telefonico (2)_____

  codice fiscale _____

- **che la MAIL** alla quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è la seguente (è possibile indicare anche la mail aziendale):

  MAIL (1): _____

  MAIL (2) : _____

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI DI AMMISSIONE:

ESSERE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DELL'AUSL DELLA ROMAGNA

presso l'ambito di _____

(va inteso come tale anche l'ambito provvisorio definito all'atto dell'assunzione nelle more della definizione delle procedure di mobilità interna. Non verrà invece considerato l'ambito di successiva assegnazione temporanea definito in relazione all'applicazione di specifici istituti)

☐ con rapporto a tempo pieno, e di avere superato il periodo di prova

ovvero

☐ con rapporto a tempo parziale "part-time flash"

ESSERE INQUADRATO NEL PROFILO DI

- ☐ **INFERMIERE**
- ☐ **OSTETRICA**
- ☐ **OPERATORE SOCIO SANITARIO**
- ☐ **TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA**
- ☐ **TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO**
- ☐ **TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO**
- ☐ **LOGOPEDISTA**
- ☐ **EDUCATORE PROFESSIONALE**
- ☐ **FISIOTERAPISTA**
- ☐ **AUTISTA DI AMBULANZA**

DICHIARA ALTRESÌ

TIPOLOGIA PART TIME DI PREFERENZA:

☐ part-time di tipo VERTICALE

ORARIO : ☐18 H ☐24H ☐30H

ovvero

☐ part time di tipo ORIZZONTALE

ORARIO : ☐18 H ☐24H ☐30H

DI ESSERE NELLE SEGUENTI CONDIZIONI PERSONALI/FAMILIARI DI PRIORITA' EX ART 9.1 DEL REGOLAMENTO AZIENDALE (PUNTEGGI CUMULABILI)

☐ a.1) ASSISTENZA A:

☐ **coniuge ovvero la parte dell'unione civile nonché il convivente di fatto di cui alla L. n. 76/2016**
☐ **figli**
☐ **genitori**

con patologie oncologiche (in corso) o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti

Da allegare:

- documentazione comprovante condizione di salute certificata da specialista del SSN o dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta
- dichiarazione sostitutiva A)
- dichiarazione sostitutiva A) bis (SOLO *nel caso di inserimento stabile della persona assistita in strutture assistenziali che comporta laddove si tratti di strutture residenziali la riduzione del 75% del punteggio assegnabile mentre in caso di strutture assistenziali diurne la riduzione del 50%*)

☐ a.2) ASSISTENZA A:

☐ **persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita**

Da allegare:
- dichiarazione sostitutiva A)
- dichiarazione sostitutiva A)bis (SOLO *nel caso di inserimento stabile della persona assistita in strutture assistenziali che comporta laddove si tratti di strutture residenziali la riduzione del 75% del punteggio assegnabile mentre in caso di strutture assistenziali diurne la riduzione del 50%*)
- dichiarazione sostitutiva B)
- copia verbale L. 104/92 in condizioni di gravità persona convivente
- verbale di invalidità civile attestante le necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita

☐ a.3) DI ESSERE GENITORE DI:

☐ **figli conviventi di età non superiore a 13 anni (fino al compimento di 14 anni)**

Da allegare:
- dichiarazione sostitutiva A)
- dichiarazione sostitutiva B)

☐ a.4) DI ESSERE GENITORE DI:

☐ **figlio convivente portatore di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 104 del 1992**

Da allegare:
- dichiarazione sostitutiva A)
- dichiarazione sostitutiva A)bis (SOLO *nel caso di inserimento stabile della persona assistita in strutture assistenziali che comporta laddove si tratti di strutture residenziali la riduzione del 75% del punteggio assegnabile mentre in caso di strutture assistenziali diurne la riduzione del 50%*)
- dichiarazione sostitutiva B)
- copia verbale L. 104/92 in condizioni di gravità persona convivente

☐ b) DI ESSERE:

☐ **dipendente portatore di handicap o in particolari condizioni psicofisiche tra cui la realizzazione dei programmi terapeutici e/o di riabilitazione o progetti di recupero di cui agli art. 47 del CCNL 21.5.2018 e all'art. 15 CCNL integrativo 20.9.2001**

Da allegare:
- certificazione medica comprovante programma terapeutico / riabilitazione o progetto di recupero
- verbale di invalidità civile attestante invalidità *oppure* verbale di invalidità inail attestante invalidità

☐ c) DI ESSERE DIPENDENTI CHE RIENTRANO DAL CONGEDO DI MATERNITÀ O PATERNITÀ (la domanda può essere presentata, di norma, entro il compimento di 1 anno del bambino a cui si riferisce il congedo di maternità o paternità):

Da allegare:
- dichiarazione sostitutiva A)
- dichiarazione sostitutiva B)

☐ **d) DI AVERE DOCUMENTATA NECESSITÀ DI SOTTOPORSI A CURE MEDICHE INCOMPATIBILI CON LA PRESTAZIONE A TEMPO PIENO:**

Da allegare:
- Certificazione medica che comprovi la necessità **permanente** di sottoporsi a cure mediche incompatibili con tempo pieno

☐ **e) NECESSITÀ DI ASSISTERE:**

☐ **i genitori,**
☐ **il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente,**
☐ **i figli**
☐ **altri familiari conviventi,**
senza possibilità alternativa di assistenza <u>che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti</u>:

Da allegare:
- dichiarazione sostitutiva A)
- dichiarazione sostitutiva B)
- certificazione medica comprovante programma terapeutico / riabilitazione;

☐ **f) DI ESSERE GENITORI DI FIGLI MINORI:**
di età superiore a 13 anni (dal compimento dei 14 anni fino al compimento dei 18) conviventi, in relazione al loro numero

Da allegare:
- dichiarazione sostitutiva A)
- dichiarazione sostitutiva B)

☐ **ULTERIORI SITUAZIONI DI SVANTAGGIO DIVERSE DALLE PRECEDENTI VALUTATE DALLA COMMISSIONE**

Da allegare:
- dichiarazione sostitutiva A)
- documentazione comprovante la situazione di svantaggio

DI ESSERE NELLE ULTERIORI SEGUENTI CONDIZIONI PERSONALI/FAMILIARI DI EX ART 9.2 DEL REGOLAMENTO AZIENDALE (PUNTEGGI NON CUMULABILI NE' INCREMENTABILI)

☐ **g) DIPENDENTI CON ALMENO 58 ANNI DI ETÀ ALLA SCADENZA DEL BANDO**

☐ **h) DIPENDENTE CHE INTENDE SVOLGERE UN'ALTRA ATTIVITÀ COMPATIBILE CON IL RAPPORTO DI LAVORO SUBORDINATO CON L'AZIENDA USL DELLA ROMAGNA**
(in questa ipotesi la soglia di durata del rapporto di lavoro a tempo parziale potrà essere solo quella al 50% di quella a tempo pieno)

Da allegare:
- dichiarazione sostitutiva C)

Condizioni che determinano l'incremento del punteggio nelle situazioni sotto indicate:	Incrementi PUNTEGGIO	Documentazione da allegare domanda
☐ dipendente genitore unico **(*)**	**5 punti**	-dichiarazione sostitutiva D - documentazione comprovante v. tabella sottostante *
☐ figli studenti scuola dell'obbligo con sindrome DSA certificata	**10 punti** per figlio	-dichiarazione sostitutiva D - certificazione sindrome DSA rilasciata da specialista SSN in corso di validità
☐ punteggio aggiuntivo per ulteriori condizioni di svantaggio, se di salute certificate da specialista del Servizio Sanitario Nazionale o dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta	**da punti 1 a punti 5 in base alla complessità della situazione**	-Dichiarazione sostitutiva D - Documentazione comprovante condizione indicata, se di salute certificata da specialista del SSN o dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta

(*) Nella casistica relativa al "genitore unico" rientrano i casi di:
- assenza fisica dell'altro genitore (morte o grave infermità dello stesso, comprovata da documentazione medico legale – per grave infermità è da intendere la totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, può, di fatto, impedire al genitore gravemente infermo di prendersi cura del figlio, anche se quest'ultimo è sotto la potestà di entrambi i genitori);
- assenza giuridica dell'altro genitore (mancato riconoscimento legale del figlio, solo per minori: decadenza/sospensione responsabilità genitoriale risultante da provvedimento formale dell'autorità giudiziaria);
- solo per minori: affidamento esclusivo del figlio ad un solo genitore o convivenza prevalente dello stesso presso un genitore (risultante da provvedimento formale dell'autorità giudiziaria).

Ai fini dell'attribuzione del punteggio e della predisposizione della graduatoria saranno rispettati i seguenti criteri:

- nelle ipotesi in cui la motivazione rappresentata a sostegno della propria richiesta rientri in più casi delle ***Situazioni personali e/o familiari ex art. 9.1 del Regolamento Aziendale***, anche se relativi alla stessa persona, i punteggi si cumulano, mentre per le restanti ipotesi i punteggi non sono cumulabili con altri, bensì sarà preso in considerazione il punteggio più favorevole al dipendente;

- il punteggio indicato nell'elenco relativo alle ***"Situazioni personali e/o familiari ex art 9.1 del Regolamento Aziendale"*** viene incrementato al ricorrere delle condizioni riportate nella tabella "**Condizioni che determinano l'incremento del punteggio"** nei casi e nei modi ivi indicati.

- a parità di punteggio complessivo si terrà conto, in ordine di priorità, dei seguenti criteri:
  - la minore età media dei figli (somma delle età divisa per il numero di figli);
  - la maggiore anzianità anagrafica del dipendente.

Data_____

Firma _____

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento valido.

FORMULA DI DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a, al fine di partecipare alla presente procedura dichiara, sotto la propria responsabilità:
- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nell'avviso;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, di numeri telefonici, e mail e PEC, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dei recapiti (domicilio, ecc.) indicati nella domanda;
- di essere a conoscenza di quanto contenuto nel bando circa le modalità di svolgimento della selezione e le modalità di comunicazione dell'Ente;
- che tutte le dichiarazioni rese sono documentabili e che tutto quanto riportato nella domanda e negli allegati corrisponde al vero e che i documenti allegati in copia sono conformi all'originale;
- di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate, nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati incorre nelle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e dall'art. 496 C.P. oltre alla decadenza dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere.

☐ Consenso Firma _____

FORMULA PRIVACY

Il/la sottoscritto/a dichiara di dare il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, ai sensi del GDPR 2016/679 e alla trasmissione degli stessi anche alle Aziende/Enti interessati alla procedura.

☐ Consenso Firma _____