

ASL BT

Avviso pubblico, per colloquio e titoli, per il conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa, a supporto dell'Ufficio Recupero Crediti. Errata corrige modulistica.

OGGETTO: "Avviso pubblico, per colloquio e titoli, per il conferimento di n. 9 incarichi di collaborazione coordinata e continuativa, ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 165/2001, così come modificato dalla Legge di bilancio 2019 (L. 145/2018, art. 1 comma 1131 lett. f), da conferire a professionisti laureati, a supporto dell'Ufficio Recupero Crediti.

Errata Corrige.

AVVISO DI RETTIFICA

Per mero errore materiale il fac-simile della domanda allegato all'avviso in oggetto indicato, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 29 del 14/03/2019, risulta errato. Pertanto occorre ripubblicare il fac-simile della domanda nell'esatta composizione del testo allegato alla presente.

Trattandosi di mero errore materiale, tale rettifica non modifica i termini per la presentazione delle domande, i quali rimangono invariati. Pertanto, la data di scadenza per la presentazione delle domande resta fissata al quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione dei suddetti avvisi sul bollettino ufficiale avvenuta in data 14/03/2019.

Si dà atto che sul sito aziendale dell'ASL BT è già pubblicato il fac-simile nella versione corretta.

IL Dirigente U.O.S.V.D.
"Ass.Mob.Conc./Pers.Conv./Str.Accr."
(D.ssa Elena TARANTINI)

Il Direttore Area del Personale
(Dr. Francesco NITTI)

Il Direttore Amministrativo
(Dr. Giulio Rocco SCHITO)

**AZIENDA SANITARIA LOCALE BT
Via Fornaci, 201 - 76123 A N D R I A (BT)**

Schema di domanda
Allegare copia documento di
riconoscimento in corso di validità

Allegato A

*Al Direttore Generale
ASL BT
Via Fornaci, 201
76123 ANDRIA*

Il/La... sottoscritt..... chiede di poter partecipare all'avviso pubblico, per colloquio e titoli, per il conferimento di n. 9 incarichi di collaborazione coordinata e continuativa per professionisti laureati, a supporto dell'ufficio Recupero Crediti, il cui bando è stato pubblicato nel BURP n. _____ del _____.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazione falsa o mendace:

1. di essere nat.... a il
2. di essere residente in Via/Piazza
3. di possedere la cittadinanza
4. di possedere il seguente documento di identità in corso di validità n. _____ rilasciato da _____ il _____;
5. di possedere il seguente numero di codice fiscale
6. di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini degli altri Stati membri dell'Unione Europea);
7. di essere in possesso di titolo di studio riconosciuto in Italia (solo per i cittadini degli altri Stati membri dell'Unione Europea);
8. di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito il presso
9. di aver conseguito presso il seguente Paese dell'Unione Europea il titolo di studio..... in data..... equiparato, ai sensi dell'art. 38 co. 3 del D.Lgs. 165/2001, con D.P.C.M.....;
10. di aver ottenuto, ai sensi degli artt. 49 e 50 del DPR n. 394/99 e s.m. e i., il riconoscimento dell'equipollenza del titolo di studio e/o della specializzazione conseguito/a presso lo Stato con Decreto del Ministero della Salute n. del (nel caso di titoli accademici e di studio conseguiti all'estero);

di essere di non essere

iscritto nelle liste elettorali del comune di (1)

di aver

di non aver riportato condanne penali (2)

di aver **di non aver** **prestat**o servizio presso le seguenti pubbliche Amministrazioni il

cui rapporto è cessato per i motivi a fianco indicati (3): _____

11. di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva (4) _____;

12. di non essere stato destituito o dispensato o licenziato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

13. di necessitare, ai sensi dell'art.20 della L. n. 104/1992, dei seguenti ausili e/o tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove d'esame in relazione al proprio handicap come da allegata certificazione della Commissione Medica preposta all'accertamento dell'handicap _____

14. di possedere la documentata esperienza di 12 mesi, maturata nelle PP.AA. e negli Enti del SSN maturata nelle Pubbliche Amministrazioni e negli Enti del SSN nello svolgimento delle attività correlate al Recupero dei Crediti, anche in sede giudiziale e precisamente:

15. di non essere dipendente a tempo indeterminato di una PA

16. di non essere già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza – come disposto dall'art. 5, comma 9, del D.L. 95/2012, convertito in L. 135/2012;

17. di aver preso visione del bando di concorso e di accettarne, con la presente domanda le clausole ivi contenute;

18. di accettare che tutte le comunicazioni inerenti l'espletamento della procedura di avviso saranno effettuate esclusivamente tramite pubblicazione sul sito Aziendale consultabile all'indirizzo www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani – sezione concorsi;

19. di accettare che le modalità di convocazione finalizzate all'assunzione saranno effettuare a mezzo pec all'indirizzo di posta elettronica certificata e/o non certificata dichiarata nella presente domanda

20. di dichiarare che ogni comunicazione relativa all'assunzione dovrà essere effettuata al seguente indirizzo:

indirizzo PEC _____ (**obbligatorio, anche diverso**

da quello personale)

indirizzo email: _____

21. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso indirizzo all'Area Direzione del Personale – Ufficio Assunzioni e Gestione del Ruolo e a riconoscere che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario;

22. di autorizzare l'ASL BT al trattamento dei dati personali contenuti nella domanda e nei documenti, ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196, per gli adempimenti connessi all'espletamento della procedura di selezione, ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso agli atti da parte degli aventi diritto, nonché anche successivamente all'instaurazione del rapporto, per le finalità inerenti la gestione del rapporto stesso;

23. di autorizzare la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet dell'ASL BT per tutte le comunicazioni inerenti all'avviso pubblico nonché all'utilizzo della graduatoria

24. di aver effettuato il versamento del contributo di partecipazione alla procedura selettiva **pari a 10,00 euro (dieci/00 euro), non rimborsabili esclusivamente mediante bonifico intestato a: ASL BT - Servizio Tesoreria – Banca Popolare di Bari – **IBAN: IT34Y0542404297000000000203****, indicando la causale di versamento corrispondente alla procedura per cui si concorre;

Allega alla presente:

1. fotocopia del documento di identità in corso di validità (5);
2. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 e dell'art. 15 della L. 12/11/2011 n. 183, relativa ai titoli di carriera, con precisa indicazione dei dati temporali (giorno / mese / anno) sia di inizio che di fine di ciascun periodo lavorativo, nonché relativi a tutti i titoli che ritengano opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;
3. curriculum formativo e professionale, data e firmato;
4. eventuali pubblicazioni
5. elenco in triplice copia dei documenti presentati, datato e firmato.

Data,

Firma

- 1) in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi;
- 2) indicare le eventuali condanne riportate (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale), la data del provvedimento e l'autorità che l'ha emessa;
- 3) in caso in cui il candidato non abbia prestato servizio in Pubbliche Amministrazioni indicare "alcuna Amministrazione Pubblica" omettendo di compilare le indicazioni necessarie;
- 4) per i candidati nati entro il 1985;
- 5) è obbligatoria la presentazione al fine di conferire validità ad alcune dichiarazioni rese nella domanda di partecipazione al concorso.