



AZIENDA  
OSPEDALIERA  
SAN PIO  
BENEVENTO

**AZIENDA OSPEDALIERA**  
**“SAN PIO” - BENEVENTO**  
**di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione**  
**DEA di II Livello**

Prof. Sp 78 2-8-2022

**UOC RISORSE UMANE**  
Tel. 082457556 – Fax. 082457553  
e.mail: [ufficioconcorsi@ao-rummo.it](mailto:ufficioconcorsi@ao-rummo.it)  
PEC: [arearisorseumane@pec.ao-rummo.it](mailto:arearisorseumane@pec.ao-rummo.it)

## **AVVISO RICOGNIZIONE PERSONALE AVENTE DIRITTO ALLA STABILIZZAZIONE**

Art. 1 comma 268 lett. b) Legge 30 dicembre 2021 n. 234

Al fine di procedere ad una ricognizione del personale del ruolo sanitario e sociosanitario avente diritto alla stabilizzazione si comunica quanto segue:

- vista la Legge di bilancio n. 234/2021 che, all'art. 1 comma 268, ha introdotto apposita procedura di stabilizzazione per il personale che ha prestato servizio durante l'emergenza sanitaria da COVID-19 anche al fine del rafforzamento della struttura del SSN e della valorizzazione della professionalità di tali soggetti;
- vista la Circolare Regionale prot. n. 0364421 del 13/07/2022 contenente le prime indicazione in merito all'applicazione dell'art. 1 comma 268 lett. b) della L. 234/2021;

si invitano tutti gli interessati a compilare la dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata alla presente e trasmetterla, entro e non oltre il 31 agosto 2022, esclusivamente a mezzo pec all'indirizzo [arearisorseumane@pec.ao-rummo.it](mailto:arearisorseumane@pec.ao-rummo.it)

**Il Direttore U.O.C. Risorse Umane**  
Dott.ssa Marina Pinto

---

**AZIENDA OSPEDALIERA “SAN PIO”**  
Via dell'Angelo, 1 – Benevento C.F. 01009760628

**Presidio Ospedaliero “Gaetano Rummo”**  
Via dell'Angelo, 1 – 82100 Benevento  
Tel. 0824 57111

**Presidio Ospedaliero “Sant’Alfonso Maria dei Liguori”**  
Contrada San Pietro – 82019 Sant’Agata dei Goti  
Tel. 0823 313111

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a ..... C.F. ....  
Nato/a a ..... (.....) il ...../...../.....,  
residente a ..... (.....) in ..... n. .... CAP.....  
consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 il rilascio di dichiarazioni mendaci è  
punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia;

**DICHIARA**

di essere in possesso del seguente Titolo di studio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Albo/Ordine Professionale \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_

di essere inquadrato tra il personale del ruolo sanitario e sociosanitario;

di essere in possesso di tutti i requisiti di cui all'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021  
per come di seguito specificato:

- essere stato assunto a tempo determinato con procedure concorsuali ivi incluse le selezioni di cui all'art. 2-ter del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27;
- aver maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del SSN almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi;
- aver prestato il servizio di cui al punto precedente per almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022.

A tal fine dichiara:

- di essere in servizio presso l'Azienda Ospedaliera “San Pio” con contratto a tempo determinato con decorrenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ con la qualifica professionale di \_\_\_\_\_;

- di possedere un'anzianità di servizio maturata anche presso Amministrazioni diverse:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

con la qualifica professionale di \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro  dipendente e subordinato a tempo determinato

dipendente e subordinato a tempo indeterminato

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

con la qualifica professionale di \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro  dipendente e subordinato a tempo determinato

dipendente e subordinato a tempo indeterminato

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

con la qualifica professionale di \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro  dipendente e subordinato a tempo determinato

dipendente e subordinato a tempo indeterminato

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

con la qualifica professionale di \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro  dipendente e subordinato a tempo determinato

dipendente e subordinato a tempo indeterminato

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

con la qualifica professionale di \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro  dipendente e subordinato a tempo determinato

dipendente e subordinato a tempo indeterminato

---

**AZIENDA OSPEDALIERA “SAN PIO”**  
Via dell'Angelo, 1 – Benevento C.F. 01009760628

– di essere stato/a reclutato/a attraverso la seguente procedura selettiva conclusasi con una graduatoria finale di merito:

- Avviso pubblico a tempo determinato
- Concorso pubblico a tempo determinato
- Altro (specificare)

---

---

---

– di essere attualmente titolare di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso l’Azienda \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma

---

*Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

-----

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

---

**AZIENDA OSPEDALIERA “SAN PIO”**  
Via dell’Angelo, 1 – Benevento C.F. 01009760628

**Presidio Ospedaliero “Gaetano Rummo”**  
Via dell’Angelo, 1 – 82100 Benevento  
Tel. 0824 57111

**Presidio Ospedaliero “Sant’Alfonso Maria dei Liguori”**  
Contrada San Pietro – 82019 Sant’Agata dei Goti  
Tel. 0823 313111