AZIENDA OSPEDALIERA
"SAN PIO" - BENEVENTO
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
DEA di II Livello

All'UOC RISORSE UMANE
A.O.R.N. "San Pio" di Benevento
Via dell'Angelo, n. 1
82100 BENEVENTO
pec: arearisorseumane@pec.ao-rummo.it

Oggetto: richiesta attivazione procedura di valutazione da parte del Collegio Tecnico.

Il/la sottoscritto/a, dott./dott.ssa_____ matricola n._____dirigente_____in servizio presso _____, chiede a codesta Area di attivare il procedimento di valutazione per essere sottoposto alla verifica del Collegio Tecnico, per (barrare con [X] la causale):

[ ] fruire della **indennità di esclusività per il passaggio alla fascia superiore,** avendo maturato in data _____, una esperienza professionale di **anni 5 a tempo determinato e/o indeterminato senza soluzione di continuità** nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN (ai sensi dell'art. 57 e ss. del CCNL, Area Sanità del 19.12.2019);

[ ] fruire della **indennità di esclusività per il passaggio alla fascia superiore,** avendo maturato in data _____, una esperienza professionale di **anni 15 a tempo determinato e/o indeterminato senza soluzione di continuità** nell'ambito di Aziende ed Enti del SSN (ai sensi dell'art. 57 e ss. del CCNL, Area Sanità del 19.12.2019);

[ ] **scadenza**, in data _____, **dell'incarico professionale/ di struttura complessa/semplice**, conferito con atto n._____ del _____ (ai sensi dell'art. 57 e ss. del CCNL, Area Sanità del 19.12.2019 come rettificato dall'art. 22 CCNL Area Sanità del 24.01.2024) (ai sensi art. 76 c. 2 CCNL Personale dell'Area Funzioni Locali del 17.12.2020);

A tal fine dichiara di aver prestato servizio:

- dal_____/_____/_____al_____/_____/_____, presso ASL/AOU/AO di_____Unità Operativa di_____, nella disciplina di _____;

con rapporto di lavoro a tempo [ ]determinato [ ]indeterminato [ ]full time [ ]part time; a rapporto [ ]esclusivo [ ]non esclusivo; con interruzione del servizio dal____/____/_____al ___/____/_____ per (es. aspettativa/congedi/ecc.)_____;

- dal_____/_____/_____al_____/_____/_____, presso ASL/AOU/AO di_____Unità Operativa di_____, nella disciplina di _____;
  con rapporto di lavoro a tempo [ ]determinato [ ]indeterminato [ ]full time [ ]part time; a rapporto [ ]esclusivo [ ]non esclusivo; con interruzione del servizio dal____/____/_____al ___/____/_____ per (es. aspettativa/congedi/ecc.)_____;

- dal_____/_____/_____al_____/_____/_____, presso ASL/AOU/AO di_____Unità Operativa di_____, nella disciplina di _____;
  con rapporto di lavoro a tempo [ ]determinato [ ]indeterminato [ ]full time [ ]part time; a rapporto [ ]esclusivo [ ]non esclusivo; con interruzione del servizio dal____/____/_____al ___/____/_____ per (es. aspettativa/congedi/ecc.)_____;

*(INDICARE: dal **gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa**; **presso denominazione Azienda/Ente del SSN e Unità Operativa di appartenenza specificando la tipologia – UOC/UOS/UOSD - e la collocazione – Presidio Ospedaliero di/Distretto di/ ecc - della stessa**; BARRARE la rispettiva casella relativa al tipo di rapporto di lavoro: **determinato/indeterminato – part time/full time – esclusivo/non esclusivo**; INDICARE: **eventuale periodo di interruzione del servizio dal gg/mm/aaaa al gg/mm/aaaa e relativa motivazione ad. es. aspettativa/congedo ecc.).***

Il/la sottoscritto/a, dott./dott.ssa _____ consapevole delle sanzioni penali previste a seguito di dichiarazioni, formazione od uso di atti falsi, dichiaro che quanto indicato nella presente richiesta, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, corrisponde al vero.

Si allega
- Certificazione quali/quantitativa dell'attività professionale esercitata.
- Copia documento di riconoscimento.

Luogo e data_____

FIRMA

_____