Al Direttore Generale IRCCS

IRCCS Centro Neurolesi “Bonino Pulejo”

**SCHEMA DI DOMANDA INQUADRAMENTO A TEMPO DETERMINATO PER IL RUOLO NON DIRIGENZIALE DELLA RICERCA SANITARIA E DELLE ATTIVITA’ DI SUPPORTO ALLA RICERCA SANITARIA**

 (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 ) (Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679)

 Il/la Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

Recapito telefonico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

Con riferimento dall'art. 1, commi 422-434, della L. 27/12/2017, n. 205, come modificata dall’art. 25 comma 4 del D.L. 30.12.2019 n. 162 e art.10 del CCNL Comparto Sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria che istituisce e disciplina il ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria presso gli IRCCS pubblici e IZS, di essere in possesso di uno dei seguenti requisiti:

* essere stato presente in servizio presso l’Istituto alla data del 31 dicembre 2017, con rapporti di lavoro flessibile instaurati a seguito di procedura selettiva pubblica e di avere maturato una anzianità di servizio di almeno 3 anni negli ultimi 7 anni (dal 1/1/2013 al 31/12/2019);
* essere stato titolare alla data del 31 dicembre 2017 di borsa di studio erogata dall’Istituto, a seguito di procedura selettiva pubblica, che abbia maturato, alla data del 31/12/2019, una anzianità di servizio, ovvero sia stato titolare di borsa di studio, di almeno tre anni negli ultimi sette (dal 1/1/2013 al 31/12/2019)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Specificare natura del contratto:borsa di studio o rapporto di lavoro flessibile. | Indicare il periodo di servizio prestato. | Specificare l’attività prestata:* Ricerca sanitaria;
* Attività di supporto alla ricerca.
 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**CHIEDE**

L'inquadramento con contratto a tempo determinato presso codesto istituto.

*Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.*

-Alla presente si allega documento di identità in corso di validità.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante

 (*per esteso e leggibile*)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_