

FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL RICONOSCIMENTO DELLE PROGRESSIONI ECONOMICHE ORIZZONTALI DEL PERSONALE DEL COMPARTO DIPENDENTE ISPRO – ANNO 2022

**Al Direttore Generale ISPRO
Avv. Katia Belvedere**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____
c.a.p. _____, e-mail _____, PEC _____
telefono/cellulare _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso di Selezione Interna per il riconoscimento delle progressioni economiche orizzontali e, con riferimento al "Regolamento Disciplinare per il riconoscimento delle Progressioni Economiche Orizzontali del personale del comparto dipendente Ispro – Anno 2022", di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ISPRO n. 278 del 30/12/2022.

DICHIARA ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

- di essere dipendente ISPRO a tempo indeterminato alla data del 01/01/2022;
- di aver maturato almeno 24 mesi di permanenza nella fascia retributiva in godimento al 01/01/2022;
- di non avere avuto negli ultimi 24 mesi antecedenti il 01/01/2022 sanzioni disciplinari superiori al rimprovero verbale;
- di essere collocato in una fascia economica che non sia quella di massimo inquadramento rispetto alla categoria e profilo di appartenenza;
- di aver conseguito una valutazione individuale nella media del triennio 2019-2021 non inferiore a 50 punti;
- di aver conseguito i seguenti titoli di studio e/o di perfezionamento, ulteriori rispetto a quelli richiesti quale requisito di ammissione nella categoria professionale di attuale inquadramento:

1. _____
2. _____
3. _____

ALLEGÀ

- scheda riepilogativa, datata e firmata in ogni pagina, dei servizi prestati presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, nel numero complessivo di _____ pagine;
- copia non autenticata del documento di identità in corso di validità;

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del *Regolamento Disciplinare per il riconoscimento delle Progressioni Economiche Orizzontali del personale del comparto dipendente Ispro – Anno 2022*”, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ISPRO n. 278 del 30/12/2022.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Chiede che tutte le comunicazioni relative all'avviso siano recapitate al seguente indirizzo:

via/piazza_____ n. ___ città _____ prov. ___
oppure a mezzo PEC _____

Data ____ / ____ / _____

Firma (leggibile)

Scheda riepilogativa dei servizi prestati presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

(Pagina 1)

Dipendente: _____

① Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

② Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

③ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

④ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

Data _____

Firma _____

Scheda riepilogativa dei servizi prestati presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

(Pagina 2)

Dipendente: _____

⑤ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

⑥ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

⑦ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

⑧ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

Data _____

Firma _____

Scheda riepilogativa dei servizi prestati presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

(Pagina 3)

Dipendente: _____

⑨ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

⑩ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

⑪ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

⑫ Data Inizio Servizio: _____

Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO:

OPPURE

PART TIME

Percentuale Part Time

Data _____

Firma _____

Scheda riepilogativa dei servizi prestati presso Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

(Pagina 4)

Dipendente: _____

⑬ Data Inizio Servizio: _____ Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO: **OPPURE** PART TIME Percentuale Part Time

⑭ Data Inizio Servizio: _____ Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO: **OPPURE** PART TIME Percentuale Part Time

⑮ Data Inizio Servizio: _____ Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO: **OPPURE** PART TIME Percentuale Part Time

⑯ Data Inizio Servizio: _____ Data Fine Servizio _____

Categoria e Profilo _____

Ente / Azienda _____

TEMPO PIENO: **OPPURE** PART TIME Percentuale Part Time

Data _____ Firma _____