

“Avviso di selezione interna per il riconoscimento dei Differenziali Economici di Professionalità (DEP) del personale del comparto dipendente Ispro”

Il presente avviso è consultabile sul sito dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica, Area Intranet, sezione “Comunicazioni”.

SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: ore 12.00 del 07/07/2025

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 82 del 08/05/2025, l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) indice ed approva un avviso di selezione interna per il riconoscimento delle progressioni economiche orizzontali del personale del comparto.

Art. 1 - REQUISITI DI ACCESSO

Alla selezione possono partecipare i dipendenti di ISPRO con rapporto di lavoro a tempo indeterminato alla data del 01/01/2024, che:

- Abbiano maturato almeno tre anni di permanenza nella fascia retributiva in godimento al 01/01/2024;
- Non abbiano avuto, nei due anni antecedenti alla data di conferibilità del DEP (01/01/2024), sanzioni disciplinari superiori alla multa;
- Abbiano avuto valutazione individuale nella media del triennio 2021 – 2023 non inferiore a 50 punti, con riferimento alla scheda di valutazione utilizzata.

Il complessivo numero dei dipendenti in possesso dei requisiti sopra elencati costituirà il novero degli aventi diritto alla Progressione Economica Orizzontale, cui far riferimento per l'applicazione della disposizione relativa al tetto massimo del 50%, di cui alla Circolare n. 15 del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 16/05/2019.

Art. 2 - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il personale dipendente in servizio a tempo indeterminato alla data del 01/01/2024 può presentare domanda di partecipazione, utilizzando esclusivamente il fac-simile allegato, nei termini e modalità indicati nel presente art. 2 e nel successivo art. 3. ISPRO si riserva in ogni momento la facoltà di richiedere ai

partecipanti di presentare la documentazione probante le dichiarazioni rilasciate, effettuando verifiche sulla relativa veridicità. In caso di dichiarazioni non veritiere, salvi gli ulteriori effetti amministrativi, civili e penali, il dipendente verrà escluso dalla selezione con conseguente decadenza dei benefici eventualmente acquisiti ed obbligo della restituzione di quanto eventualmente percepito.

Nel caso in cui nella domanda di partecipazione non venga indicato l'indirizzo fisico o telematico presso cui il dipendente intenda ricevere le comunicazioni inerenti la procedura selettiva, le stesse saranno recapitate nel luogo di residenza agli atti dell'Amministrazione.

Art. 3 - TRASMISSIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La domanda di partecipazione, redatta esclusivamente utilizzando il fac-simile in allegato, dovrà essere debitamente sottoscritta e pervenire all'Ufficio Protocollo di ISPRO **entro e non oltre il giorno 07/07/2025, ore 12.00** e potrà:

- essere consegnata, entro il termine fissato dall'avviso, all'Ufficio Protocollo di ISPRO (Via Cosimo il Vecchio 2 – Firenze) da **lunedì a venerdì nella fascia oraria 09.00-15.00**. Sul plico contenente la domanda dovrà essere riportata la dicitura “DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO DIFFERENZIALI ECONOMICI DI PROFESSIONALITA”.
- essere inviata, entro il termine fissato dall'avviso, tramite propria **personale** casella di Posta Elettronica Certificata (PEC), all'indirizzo **ispro@postacert.toscana.it**, indicando nell'oggetto della PEC la dicitura “DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO DIFFERENZIALI ECONOMICI DI PROFESSIONALITA”.

Non saranno ammesse richieste di partecipazione pervenute in maniera diversa, oppure oltre i tempi indicati nel presente articolo 3; allo stesso modo, non saranno ammesse istanze formulate mediante utilizzo di modelli diversi rispetto al fac-simile di domanda allegato al presente avviso.

Il Direttore Generale f.f.

Dott. Enrico Volpe

FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

“Avviso di selezione interna per il riconoscimento dei Differenziali Economici di Professionalità (DEP) del personale del comparto dipendente Ispro”

Al Direttore Generale ISPRO

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 dei *“Differenziali Economici di Professionalità”* e, con riferimento al *“Regolamento Disciplinare per il riconoscimento dei Differenziali Economici di Professionalità (DEP) del personale del comparto dipendente Ispro”*, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ISPRO n. ____ del __/__/____.

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 01/01/2024;
- ☐ di aver maturato almeno tre anni di permanenza nella fascia retributiva in godimento al 01/01/2024;
- ☐ di non aver avuto, nei due anni antecedenti alla data di conferibilità del DEP (01/01/2024), sanzioni disciplinari superiori alla multa;
- ☐ di aver avuto una valutazione individuale nella media del triennio 2021 – 2023 non inferiore a 50 punti, con riferimento alla scheda di valutazione utilizzata.
- ☐ 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. _____

ALLEGA

- ☐ 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 dei Differenziali Economici di Professionalità (DEP) del personale del comparto dipendente Ispro*”, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ISPRO n. ____ del ____/____/____.

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 _____