

Dichiarazione sostitutiva per il riconoscimento dell'esperienza professionale acquisita per la progressione economica

Il dichiarante è a conoscenza che in caso di dichiarazioni mendaci soggiace alle disposizioni penali ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____, a _____,
(nome e cognome)

Figura professionale _____, (solo per dirigenti sanitari: fascia funzionale ☐ A _____ ☐ B)
(Data della specializzazione)

Rapporto di lavoro: ☐ determinato ☐ indeterminato

Assunzione: ☐ nuova assunzione ☐ riassunzione
(in questo caso devono essere indicati solamente i periodi tra cessazione e riammissione)

chiede

il riconoscimento dell'esperienza professionale ai fini della progressione economica ai sensi dei contratti collettivi in vigore.

Professione/ Qualifica	Indicazione precisa del datore di lavoro (se estero, anche lo stato)	Periodo dal - al (GG/MM/AA)	Descrizione precisa dell'attività	Ore lavorate settimanalmente	Assenze non retribuite (GG/MM/AA)	Tipologia del datore di lavoro
						☐ Settore pubblico ☐ Settore privato ☐ Settore privato convezionato* ☐ Altro
						☐ Settore pubblico ☐ Settore privato ☐ Settore privato convezionato* ☐ Altro
						☐ Settore pubblico ☐ Settore privato ☐ Settore privato convezionato* ☐ Altro
						☐ Settore pubblico ☐ Settore privato ☐ Settore privato convezionato* ☐ Altro
						☐ Settore pubblico ☐ Settore privato ☐ Settore privato convezionato* ☐ Altro

*Strutture sanitarie a gestione privata facenti parte del servizio sanitario pubblico sulla base di convenzioni con i soggetti erogatori.

Professione/ Qualifica	Indicazione precisa del datore di lavoro (se estero, anche lo stato)	Periodo dal - al (GG/MM/AA)	Descrizione precisa dell'attività	Ore lavorate settimanalmente	Assenze non retribuite (GG/MM/AA)	Tipologia del datore di lavoro
						☐ Settore pubblico ☐ Settore privato ☐ Settore privato convezionato* ☐ Altro
						☐ Settore pubblico ☐ Settore privato ☐ Settore privato convezionato* ☐ Altro
						☐ Settore pubblico ☐ Settore privato ☐ Settore privato convezionato* ☐ Altro

* Strutture sanitarie a gestione privata facenti parte del servizio sanitario pubblico sulla base di convenzioni con i soggetti erogatori.

IMPORTANTE:

Per il riconoscimento dell'esperienza professionale devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- Deve trattarsi di attività prestate **dopo la rispettiva formazione** (apprendistato, diploma scolastico ecc.) nonché **dopo l'iscrizione** nell'apposito albo e/o ordine professionale.
- L'esperienza professionale **deve riguardare la figura professionale** del/la dipendente presso L'Azienda Sanitaria (equivalente, simile o superiore) e deve avere un collegamento con l'attività svolta.
- Le attività sopra elencate devono essere sufficientemente **documentate**. Per **servizi all'estero e nel settore privato** è necessario allegare una **certificazione del datore di lavoro**. **Indicazione imprecise ed incomplete non potranno essere valutate.**
- Nel caso in cui siano presenti delle attività **libero professionali** oppure **attività presso società non più in esercizio** e quindi non sia possibile ottenere un certificato di servizio, si prega di far pervenire all'ufficio di riferimento per il Comprensorio Sanitario nel quale si presta/verrà prestato servizio un **estratto conto previdenziale integrato INPS/ENPAM/ENPAP/ENPAPI ecc.** riferito ai periodi di lavoro interessati.
- L'eventuale riconoscimento avrà effetto solamente al superamento del periodo di prova.
- La presente dichiarazione è valida per il calcolo dei periodi utili per la determinazione dell'indennità di esclusività (solamente per i dirigenti sanitari).
- In caso di passaggio da altro Comprensorio Sanitario senza interruzione e con riconoscimento avvenuto non è necessario presentare nuova domanda.

(Data)

(Firma)

➤ **La domanda deve essere presentata al
Comprensorio Sanitario competente entro
30 giorni dalla data di assunzione.**

Allegati: Attestati di servizi prestati e idonea documentazione

Ufficio di riferimento:

Comprensorio sanitario di Bolzano
Tel. +39 0471 437291/92
rechtsstatus-statogiuridico.bz@sabes.it

Comprensorio sanitario di Bressanone
Tel. +39 0472 812038/40
rechtsstatus-statogiuridico.bx@sabes.it

Comprensorio sanitario di Merano
Tel. +39 0473 263819
rechtsstatus-statogiuridico.me@sabes.it

Comprensorio sanitario di Brunico
Tel. +39 0474 586026/36
rechtsstatus-statogiuridico.bk@sabes.it