

Oggetto: Domanda DEP 2024 Nome _____ Cognome _____

MATRICOLA _____ data ultima progressione nel profilo attuale _____

I _____ Sottoscritt _____ nat _____ a _____

il _____ TEL. _____ e-mail _____

Pec _____ EX Cat. _____ Fascia economica _____

profilo professionale _____

dipendente a tempo indeterminato di questa Spettabile Azienda, in servizio alla data del 1° gennaio 2024;

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso di selezione interna per l'attribuzione dei differenziali economici di professionalità per l'anno 2024 per l'inquadramento nella posizione economica immediatamente superiore a quella in godimento;

DICHIARO

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445/2000 e ss.mm., ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 di:

SOLO PER IL PERSONALE NON PRESENTE IN ASL FROSINONE NEL TRIENNIO 2021/2023 CERTIFICARE LE VALUTAZIONE E ASSENZA DI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI DI SEGUITO :

- ✓ Di aver ricevuto le seguenti **valutazioni** : anno **2021**____/____ **2022**____/____ **2023**____/____
esempio: 90/100 oppure 60/60 ..in caso di nessuna valutazione lasciare il campo vuoto
- ✓ di non aver ricevuto **procedimenti disciplinari** superiore alla multa negli anni **2022-2023**
nel caso di procedimenti disciplinare superiori alla multa nel biennio astenersi nel presentare la domanda

Titoli di servizio con o senza soluzione di continuità, a tempo determinato o indeterminato :

1)Ente SSN _____ dal _____ al _____

tipo di rapporto (det./indet./p.iva/consulente/stage) _____

profilo _____ Ctg. _____

2)Ente SSN _____ dal _____ al _____

tipo di rapporto (det./indet./p.iva/consulente/stage) _____

profilo _____ Ctg. _____

3)Ente SSN _____ dal _____ al _____

tipo di rapporto (det./indet./p.iva/consulente/stage) _____

profilo _____ Ctg. _____

4)Ente SSN _____ dal _____ al _____

tipo di rapporto (det./indet./p.iva/consulente/stage)_____

profilo_____ Ctg.____

5)Ente SSN _____ dal _____ al _____

tipo di rapporto (det./indet./p.iva/consulente/stage)_____

profilo_____ Ctg.____

si allega alla presente istanza copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità .

L'Azienda si riserva di effettuare controlli sulla dichiarazione resa. In caso di dichiarazioni non veritiere, la domanda verrà respinta e se ne darà informazione all'autorità Giudiziaria.

Data _____

firma _____