



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE**  
**E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**  
**"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA**

**Avviso di indagine conoscitiva interna riservata ai soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 20, comma 1 e all'art. 20, comma 2 del D. Lgs n. 75/2017, così come modificati dall'art.1 comma 466 L.160 del 27 dicembre 2019, dall'art. 1, comma 1 D.L. n. 162/2019, convertito con modificazioni, dalla legge 28.02.2020, n. 8.**

Al fine di riscontrare la richiesta espressa dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del S.S.R. della Regione Campania, con il presente avviso, questa AORN intende procedere ad una indagine esplorativa interna meramente conoscitiva, riservata ai soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 20, commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 75/2017, tenendo conto dei nuovi termini dettati dall'art.1 comma 466 L.160 del 27 dicembre 2019, dall'art. 1, comma 1 D.L. n. 162/2019, convertito con modificazioni, dalla legge 28.02.2020, n. 8.

Possono partecipare alla presente indagine conoscitiva i soggetti, in servizio presso l'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta di seguito specificati in tabella:

Personale	in possesso dei requisiti di cui all'art. 20, comma 1, del D .Lgs. 25.05.2017, n. 75	in possesso dei requisiti di cui all'art. 20, comma 2, del D .Lgs. 25.05.2017, n. 75
DIRIGENTI MEDICI		
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI		
DIRIGENTI P.T.A.		
COMPARTO		

Si precisa che l'istanza dovrà essere presentata esclusivamente per il profilo professionale coerente con l'attività svolta e nell'ambito dei termini previsti dall'art.1 comma 466 L.160 del 27 dicembre 2019.

A tal fine è indispensabile compilare uno o entrambi i moduli allegati al presente avviso (Allegato 1 e Allegato 2) secondo la titolarità che si ritiene possedere.

**MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

## MODALITA' E TERMINI

La domanda di partecipazione dovrà essere consegnata a mano presso il Protocollo Generale dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 entro 7 (sette) giorni dalla pubblicazione sull'Home Page [www.ospedale.caserta.it](http://www.ospedale.caserta.it) Avvisi e Concorsi. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

ADP



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE**  
**E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**  
**"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA**

Non saranno ammessi a partecipare all'avviso di indagine conoscitiva, gli interessati le cui domande siano state redatte, presentate o inviate con modalità diverse da quelle sopra indicate.

L' "A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del recapito indicato nella domanda, né per ogni forma di dispersione o mancata ricezione delle comunicazioni inviate via posta elettronica né per eventuali disguidi comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

#### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

Alla domanda di partecipazione all'avviso gli aspiranti devono allegare copia fotostatica, fronte e retro, di un documento di identità in corso di validità, ai fini della validità dell'istanza di partecipazione.

L'Amministrazione si riserva in ogni caso, ed in qualsiasi momento, il diritto di sospendere, interrompere, modificare o cessare definitivamente la presente indagine conoscitiva.

I dati forniti dai soggetti proponenti verranno trattati, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR"), esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della suddetta procedura.

Tale comunicazione dovrà pervenire entro e non oltre il termine di 7 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, all'Albo Pretorio on line dell'AORN ([www.ospedale.caserta.it](http://www.ospedale.caserta.it)), sezione "Atti e Avvisi interni".

### **IL DIRETTORE UOC "GESTIONE RISORSE UMANE"** **Dott.ssa Luigia Infante**



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE**  
**E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**  
**"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA**

**fac-simile di indagine conoscitiva**

**Al Commissario Straordinario**  
**AORN "Sant'Anna e San Sebastiano"**  
**Via F. Palasciano**  
**81100 - CASERTA**

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a a  
.....il.....; residente a  
.....(Prov.....) in Via/Piazza.....,  
C.A.P....., Tel .....,Codice  
Fiscale.....;  
Indirizzo  
mail.....PEC.....;  
titolare di contratto di lavoro ..... con il profilo di  
.....;

**dichiara:**

- a. Titolarità comma 1 del D.Lgs. n. 75/2017 secondo l'art.1 comma 466 L.160 del 27 dicembre 2019;
- b. Titolarità comma 2 del D.Lgs. n. 75/2017 secondo l'art.1 comma 466 L.160 del 27 dicembre 2019;
- c. di concedere, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR");
- d. che l'indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:  
.....
- e. di aver preso visione e di accettare in modo pieno ed incondizionato quanto previsto dall'avviso di cui alla presente richiesta.



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE  
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

Data .....

(firma per esteso non autenticata)

*(Allegare copia fotografica di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità ex art. 38 D.P.R. 445/2000)*

**ALLEGATO "1"**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)  
per i servizi prestati**

Io sottoscritto/a ..... nato/a a .....

Il ..... residente a .....

Via .....

D. ....

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARO di aver prestato servizio con contratto a tempo determinato presso**

**Pubblica Amministrazione**  
- Indirizzo completo .....

- Con la qualifica di ..... nella disciplina .....  
di .....  
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / .....  
 Tempo pieno  definito  part-time  
 Indicare sempre n. ore settimanali .....  
 Eventuale aspettativa senza assegni dal ..... al ..... ; dal ..... al .....

**Pubblica Amministrazione**  
- Indirizzo completo .....



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE**  
**E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**  
**"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA**

- Con la qualifica di .....nella disciplina  
di.....;
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... al ...../...../.....
- Tempo pieno  definito  part-time
- Indicare sempre n. ore settimanali .....
- Eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

**Pubblica Amministrazione -**

- Indirizzo completo  
.....
- Con la qualifica di .....nella disciplina  
di.....;
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... al ...../...../.....
- Tempo pieno  definito  part-time
- Indicare sempre n. ore settimanali .....
- Eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

**In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.**

Data .....  
.....  
(firma per esteso in originale del dichiarante)

La dichiarazione sostitutiva, (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità, in corso di validità, datata e firmata se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

**ALLEGATO "2"**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**per i servizi prestati**

Io sottoscritto/a .....nato/a a

.....

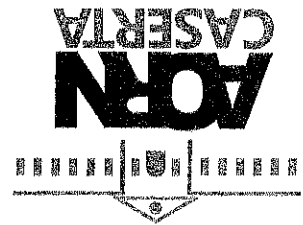
il....., residente a

.....

via .....

n.....,

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE**  
**E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**  
**"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA**

DICHIARO di aver prestato servizio presso

**Pubblica Amministrazione** -

- Indirizzo completo

- Con la qualifica di ..... nella disciplina

di .....  
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... al ...../...../.....  
 Contratto libero – professionale;  Borsa di Studio;  Specialista Ambulatoriale (SAI);  
 Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;  tempo determinato;  Altro

Tempo pieno  definito  part-time

Indicare sempre n. ore settimanali .....

Eventuale aspettativa senza assegni dal ..... al .....; dal ..... al .....

**Pubblica Amministrazione** -

- Indirizzo completo

- Con la qualifica di ..... nella disciplina

di .....  
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... al ...../...../.....  
 Contratto libero – professionale;  Borsa di Studio;  Specialista Ambulatoriale (SAI);  
 Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;  tempo determinato;  Altro

Tempo pieno  definito  part-time

Indicare sempre n. ore settimanali .....

Eventuale aspettativa senza assegni dal ..... al .....; dal ..... al .....

**Pubblica Amministrazione** -

- Indirizzo completo

- Con la qualifica di ..... nella disciplina

di .....  
- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... al ...../...../.....  
 Contratto libero – professionale;  Borsa di Studio;  Specialista Ambulatoriale (SAI);  
 Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;  tempo determinato;  Altro

Tempo pieno  definito  part-time

Indicare sempre n. ore settimanali .....

Eventuale aspettativa senza assegni dal ..... al .....; dal ..... al .....



**REGIONE CAMPANIA**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE**  
**E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**  
**"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA**

---

**Pubblica Amministrazione** -

- Indirizzo completo

.....

- Con la qualifica di .....nella disciplina  
di.....;

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno) inizio ...../...../..... al ...../...../.....

Contratto libero – professionale;  Borsa di Studio;  Specialista Ambulatoriale (SAI);

Rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;  tempo determinato;  Altro

.....;

Tempo pieno  definito  part-time

Indicare sempre n. ore settimanali .....

Eventuale aspettativa senza assegni dal.....al.....; dal.....al .....

• **Nel caso di: attività didattica, frequenza volontaria, stage, volontariato, tirocini, prestazioni occasionali ecc. utilizzare la casella ..... Altro, precisando la natura dell'incarico.**

**In caso di ulteriori servizi, utilizzare altri moduli.**

Data .....

.....

(firma per esteso in originale del dichiarante)

La dichiarazione sostitutiva, (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità, in corso di validità, datata e firmata se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

