



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

C/da Amoretta – 83100 AVELLINO
C.F. 01948180649 – Tel. 0825/203111 – Fax. 0825/72056

* * * * *

DIREZIONE GESTIONE RISORSE UMANE

Li,

A TUTTI I DIPENDENTI

Oggetto: Progressione economica orizzontale ai fini giuridici ed economici Anno 2021– Personale del Comparto -.

Si comunica che con delibera n.1159 del 17/11/2021 è stata attivata la procedura per il riconoscimento – con decorrenza **01.01.2021** - di una fascia retributiva successiva a quella in godimento, ai fini giuridici ed economici al personale del comparto in possesso dei **requisiti** sotto specificati:

- 1) dipendenza con rapporto di lavoro **a tempo indeterminato** con maturazione di almeno due anni di permanenza nella posizione economica in godimento al 31/12/2020;
- 2) **scheda di valutazione** della performance individuale rilasciata dalla Direzione “Controllo di Gestione”. La scheda prevede n.10 giudizi sulla professionalità, flessibilità, partecipazione e tempi di svolgimento delle attività lavorative con previsione di un punteggio da 0 a 5.

Il possesso dei requisiti di cui ai precedenti punti 1 e 2 consente l' inclusione d'ufficio nella graduatoria generale di merito senza che occorra presentazione di specifica istanza.

L'istanza di partecipazione è invece richiesta per i dipendenti presenti in servizio al 31/12/2020 assunti a seguito di mobilità indicando l'anzianità di servizio, la fascia in godimento, la data di permanenza nella stessa, ed i titoli posseduti.

Inoltre, i dipendenti che non hanno partecipato alla progressione economica anno 2020 (per mancanza del requisito dei due anni di permanenza nella fascia) nell'istanza, dovranno autocertificare le esperienze lavorative nel settore pubblico e/o presso strutture private accreditate ed i titoli posseduti.

Resta fermo che tutti i dipendenti che abbiano conseguito titoli dopo l' ultima selezione espletata, possono darne comunicazione alla scrivente Direzione ai fini dell'adeguamento del punteggio.

All'uopo potranno essere utilizzati i modelli di seguito riportati:

a) il modello Allegato “A” in cui i dipendenti interessati potranno autocertificare eventuali servizi precedentemente prestati presso altre strutture del S.S.N., Ospedali classificati e/o Strutture accreditate e convenzionate;

b) il modello Allegato “ B “ in cui i dipendenti autocertificano il possesso di titoli ulteriori, quali ad es. laurea specialistica, Master I liv, Master II Livello, per il personale Amm.vo laurea magistrale inerente alla disciplina.

Le autocertificazioni prodotte verranno verificate a campione per almeno il 10%.

Tanto premesso, le istanze potranno essere trasmesse alla scrivente Direzione tramite pec al seguente indirizzo:**fasce@cert.aosgmoscati.av.it**

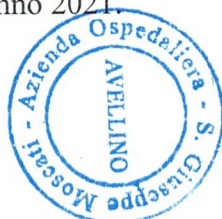
I moduli in questione dovranno pervenire alla scrivente Direzione entro e non oltre il termine perentorio del **28-11-2021 a pena di esclusione dalla graduatoria.**

La fascia sarà riconosciuta, ai fini giuridici ed economici, **con decorrenza 01.01.2021** ai dipendenti risultati idonei, secondo l'ordine di graduatoria, fino a concorrenza della somma disponibile nel fondo di riferimento così come determinato nella delibera di questa A.O.n.757 del 14/07/2021.

Si confida nella collaborazione e nel rispetto del ristretto termine del 28/11 p.v. al fine di assicurare la decorrenza del riconoscimento per l'anno 2021.

Il Dirigente Amm.vo “G.R.U.”
Dott.ssa Giovanna Petitto

Giovanna Petitto



Il Direttore “G.R.U.”
Dott.ssa Amy Morrison

Amy Morrison



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

ALL. A

C/da Amoretta – 83100 AVELLINO
C.F. 01948180649 – Tel. 0825/203111 – Fax. 0825/72056

* * * * *

PROGRESSIONE ECONOMICA ORIZZONTALE (ART.35 CCNL COMPARTO)

Autocertificazione Servizi ulteriori prestati presso altre strutture del S.S.N., Ospedali classificati e/o Strutture Accreditate e Convenzionate

(ai sensi degli artt. 46- 47 D.P.R .445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ ()

il giorno __/__/____ dipendente di questa A.O. dal _____ con la qualifica di

_____ Cat..... Fascia a decorrere dal..... (indicare la data di attribuzione della fascia in godimento) e/o gli anni di permanenza nella fascia

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di avere svolto i seguenti servizi presso altre Aziende del S.S.N.

- 1) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;
- 2) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;
- 3) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;
- 4) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;
- 5) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

di avere svolto i seguenti servizi presso Ospedali classificati (es. Fatebenefratelli).

1) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

2) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

3) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

di avere svolto i seguenti servizi presso Strutture accreditate e convenzionate

1) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

2) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

3) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

4) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

5) c/o la _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ Anni: ____ Mesi: ____ GG. ____;

luogo e data

Firma



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

ALL. B

C/da Amoretta – 83100 AVELLINO
C.F. 01948180649 – Tel. 0825/203111 – Fax. 0825/72056
* * * * *

PROGRESSIONE ECONOMICA ORIZZONTALE (ART.35 CCNL COMPARTO)

Autocertificazione ulteriori Titoli di Studio

(ai sensi artt. 46- 47 D.P.R 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ ()

il giorno __/__/____ dipendente di questa A.O. dal _____ con la qualifica di

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio (es. laurea specialistica, Master I liv, Master II Livello, - per il personale Amm.vo - laurea magistrale inerente alla disciplina)

1) _____

conseguito in data __/__/____

presso _____

durata _____;

2) _____

conseguito in data __/__/____

presso _____;

durata _____;

3) _____

conseguito in data __/__/____

presso _____;

durata _____;

4) _____

conseguito in data __/__/____

presso _____.

durata _____;

luogo e data

Firma
