

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE della Provincia di BARI
Lungomare Starita n° 6 - 70132 BARI - Area Gestione Risorse Umane
Uos Trattamento Economico, giuridico e previdenziale del Personale

Matricola N° _____

ASL BARI _____

DATI ANAGRAFICI
(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Autodichiarazione resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole che è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)¹

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ Sesso _____

Stato Civile: Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

Telefono Abitazione: _____ / _____ Cellulare: _____ / _____

Indirizzo posta elettronica: _____

Residenza _____ Prov. _____

Via/P.zza _____ N° _____ C.A.P. _____

(COMPILARE IL DOMICILIO SOLO SE DIVERSA DALLA RESIDENZA)

Domicilio _____ Prov. _____

Via/P.zza _____ N° _____ C.A.P. _____

TITOLO DI STUDIO: _____

Se Dirigenti specificare DISCIPLINA: _____

¹ Allegare documento identità valido

TIPOLOGIA DI CONTRATTO E ASSEGNAZIONE

Qualifica incarico _____

Per i Dirigenti specificare se: Rapporto **ESCLUSIVO** Rapporto **NON ESCLUSIVO**

Tempo Determinato dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Tempo Indeterminato assunzione dal ____ / ____ / ____

Assegnazione Provvisoria dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Comando dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Mobilità dal ____ / ____ / ____

Struttura di Servizio _____

Unità Operativa _____

COMPILAZIONE RISERVATA SOLO ALLE SEGUENTI OPZIONI:

ASSEGNAZIONE PROVVISORIA / COMANDO / MOBILITA'

Barrare la casella interessata se sono attualmente in essere:

Cessioni INPDAP e/o a finanziarie SI NO

Pignoramenti SI NO

Ricongiunzioni di carriera SI NO

Riscatti SI NO

N.B. Allegare ultima busta paga emessa dall'azienda precedente e documentazione necessaria per eventuali trattenute da inserire per continuità.

REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE della Provincia di BARI

Lungomare Starita n° 6 - 70132 BARI - Area Gestione Risorse Umane
Uos Trattamento Economico, giuridico e previdenziale del Personale

Matricola N° _____

ASL BARI

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Autodichiarazione resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole che è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)²

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo _____ Prov. _____

ANZIANITÀ PREGRESSE

Tempo Determinato dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____,
qualifica/profilo _____
professionale/disciplina _____

Tempo Determinato dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____,
qualifica/profilo _____
professionale/disciplina _____

Tempo Determinato dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ presso _____,
qualifica/profilo _____
professionale/disciplina _____

Tempo Indeterminato assunzione dal ____ / ____ / ____ presso _____,
qualifica/profilo _____
professionale/disciplina _____

Data odierna ____ / ____ / ____ Firma _____

² Allegare documento identità valido

Al Direttore AGRU
ASL BARI
agru@asl.bari.it

Oggetto: manifestazione della volontà di non aderire al Fondo Perseo-Sirio.

Il sottoscritto _____ nato il _____
in servizio presso _____ matricola _____

dando atto di aver ricevuto l'informativa sulle modalità di adesione al Fondo Perseo-Sirio, come
previsto dall'accordo sulle modalità di adesione al predetto Fondo sottoscritto il 16 settembre 2021,

comunica

di **NON VOLER** aderire al Fondo Perseo-Sirio,

e chiede

che il proprio nominativo **NON SIA COMUNICATO** al Fondo Perseo-Sirio tra gli iscritti con la
modalità del silenzio-assenso.

Lì, _____

In Fede

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46, D.P.R. 445/2000)
(Aggiornamento Legge di Bilancio 2024 art. 1 comma 180)

COGNOME _____ NOME _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Matricola _____ Stato Civile _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Residenza _____ Via _____

Telefono _____ Cellulare _____

in qualità di dipendente di Codesta ASL BA con qualifica di _____
consapevole delle sanzioni penali 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

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è composto dai seguenti figli:

1° Figlio

Nome e Cognome: _____

Data di Nascita ____ / ____ / ____ Luogo di Nascita _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2° Figlio

Nome e Cognome: _____

Data di Nascita ____ / ____ / ____ Luogo di Nascita _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3° Figlio

Nome e Cognome: _____

Data di Nascita ____ / ____ / ____ Luogo di Nascita _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4° Figlio

Nome e Cognome: _____

Data di Nascita ____ / ____ / ____ Luogo di Nascita _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5° Figlio

Nome e Cognome: _____

Data di Nascita ____ / ____ / ____ Luogo di Nascita _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATA _____

FIRMA DIPENDENTE _____