**AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**Disponibilità a garantire le attività assistenziali presso il domicilio dei pazienti Covid19+ in Prestazioni Aggiuntive rivolto a CPSI Infermieri dipendenti ASSL Cagliari**

Si rende noto che il Servizio delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche zona Sud, d’intesa con le Direzioni dei Distretti della ASSL Cagliari, intende conoscere ed acquisire le manifestazioni di interesse del personale dipendente a tempo determinato e indeterminato in servizio presso l’ASSL di Cagliari, inquadrato nel profilo di **Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere**, attraverso l’istituzione di un apposito elenco di Infermieri Disponibili a garantire le attività assistenziali presso il domicilio dei pazienti Covid19+.

1. **REQUISITI DI PARTECIPAZIONE**

* Possono presentare domanda i dipendenti dell’ATS Sardegna, attualmente in servizio a tempo pieno e indeterminato/determinato con rapporto di lavoro da almeno 6 mesi presso l’ASSL di Cagliari, che siano inquadrati nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, che risultino idonei come da certificazione del Medico Competente e che le eventuali limitazioni siano compatibili con le attività da svolgere.
* Si richiede un’esperienza lavorativa di almeno 6 mesi
* L’adesione al presente avviso avviene esclusivamente su base volontaria.

**2 MODALITA’ OPERATIVE**

* Le attività verranno garantire con il ricorso alle prestazioni aggiuntive
* Le attività e gli orari degli accessi verranno programmati dal referente infermieristico del Distretto interessato,
* il costo orario per le prestazioni orarie aggiuntive è fissato in euro 24,00 lordi.
* I compensi previsti per le prestazioni orarie aggiuntive potranno essere liquidati solo se è stato assolto il debito orario individuale.
* In caso di debito orario non assolto, le ore effettuate saranno utilizzate in via prioritarie per il ripiano del debito orario e potranno essere liquidate solo le ore residue.
* Le prestazioni aggiuntive dovranno essere garantite nel rispetto della normativa Europea D.L. 8 aprile 2003, n. 66

**3 CRITERI DI INSERIMENTO NELL’ELENCO**

I criteri di inserimento nell’apposito elenco degli Infermieri disponibili saranno quelli di ordine cronologico dell’invio della domanda di partecipazione.

1. **MODALITA’ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Il personale interessato dovrà presentare la domanda utilizzando esclusivamente il *Format* , che si allega al presente avviso.

Le domande datate e firmate, dovranno essere presentate esclusivamente tramite Posta Elettronica all’ 'indirizzo: **servizioprofessionisanitarie.cagliari@atssardegna.it**

**5 TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Le richieste di partecipazione dovranno essere inviate, al Servizio Infermieristico e Ostetrico Zona Sud, entro il 31 dicembre 2020.

**6 DISPOSIZIONI FINALI**

* Il mancato rispetto dei requisiti di partecipazione riportati nei punti**1; 2; 3; 4** comporteranno la non ammissione e/o esclusione del bando.
* Tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura verranno pubblicate nel sito aziendale all’indirizzo www.aslcagliari.it alla sezione “Notizie/Comunicazioni / Avvisi”.

Dr Pierpaolo Pateri

Direttore SC

Servizio Professioni Infermieristiche

e Ostetriche Zona Sud

*Format Domanda*

**Al Direttore della SC Servizio**

**Infermieristico e Ostetrico Zona Sud**

servizioprofessionisanitarie.cagliari@atssardegna.it

**Oggetto: Manifestazione di interesse riservata ai dipendenti a tempo pieno dell’ATS Sardegna – ASSL Cagliari, inquadrato nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, disponibili a collaborare presso domicili dei pazienti Covid19+ nei Distretti della ASSL di Cagliari.**

\_ l\_ sottoscritt\_ …………………………………….., nato il ……/…../………

a ……………………………………. residente in ………………………………..,

via ………………………………………….. n° ……… , Città ……………………. email ATS ……………………………………. cell. ………………………………………….

**MANIFESTA**

**l’interesse a svolgere la propria attività per garantire le attività assistenziali presso il domicilio dei pazienti Covid19+ nei Distretti della ASSL di Cagliari:**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

1. di essere dipendente a tempo indeterminato/determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_, con il profilo professionale di CPS Infermiere;
2. di essere attualmente in servizio presso l’U.O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della ASSL di Cagliari;
3. di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo pieno:
4. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
5. di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D.lgs 101/2018.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_