

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 prioritaria 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.

4 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.asl.cagliari.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 domicilia 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 _____