

## AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

RIVOLTA AGLI INFERMIERI DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO DELL'ASP DI CROTONE PER REDIGERE UN ELENCO DI INFERMIERI INTERESSATI A SVOLGERE ALL'OCCORRENZA ATTIVITÀ PROFESSIONALE IN REGIME EXTRALAVORATIVO PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI CROTONE

Il Distretto Sanitario Unico Aziendale intende acquisire manifestazione di interesse da parte di Infermieri dipendenti dell'ASP di Crotone con contratto a tempo indeterminato disponibili a svolgere attività professionale fuori dall'orario di servizio ordinario presso la Casa Circondariale di Crotone.

Requisiti di ammissione:

- essere dipendenti a tempo indeterminato dell'ASP di Crotone in qualità di C.P.S. infermiere;
- iscrizione all'ordine professionale;
- non beneficiare di istituti o tutele contrattuali che comportino la riduzione a qualsiasi titolo dell'orario di lavoro (a titolo esemplificativo e non esaustivo: part time, L. 104/1992);
- non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa (es.: prescrizione del medico competente);
- non svolgere a qualsiasi titolo altre attività aggiuntive extralavorative per conto dell'azienda.

L'avviso di adesione si intende rivolto anche agli infermieri che attualmente sono impegnati a garantire le attività professionali presso la Casa Circondariale di Crotone che obbligatoriamente, pena esclusione, dovranno proporre nuova domanda di partecipazione.

L'interesse manifestato dal personale equivale a dichiarare la disponibilità a garantire almeno tre turni nell'arco del mese e comunque con un impegno orario che non eccede le 20 ore complessive mensili, nel rispetto delle 48 ore settimanali consentite dalla L. 161/2014.

La retribuzione delle ore effettuate verrà corrisposta nella misura stabilita dal vigente CCNL comparto sanità.

In ogni caso, sin da ora si precisa che non saranno chiamati a svolgere attività extralavorativa i candidati, se pur reclutati in base al presente bando, che risultano essere stati assenti nel mese di riferimento per malattia.

L'inclusione nell'elenco è subordinata al nulla osta rilasciato dal direttore/responsabile dell'unità



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

operativa di appartenenza, con il quale autorizza l'espletamento dei turni presso la casa circondariale nel rispetto della L. 161/2014, nonché alla preventiva autorizzazione da parte dell'amministrazione penitenziaria.

Le domande di disponibilità, redatte in carta semplice, compilate secondo il modello allegato alla presente manifestazione, debitamente sottoscritte, datate e corredate del nulla osta rilasciato dal direttore/responsabile dell'unità operativa di appartenenza, nonché contenente espressa autorizzazione al trattamento dei dati personali/sensibili, dovranno pervenire **entro 10 giorni** dalla pubblicazione del presente avviso nelle seguenti modalità:

1. a mano presso l'Ufficio Protocollo Aziendale;
2. a mezzo PEC personale all'indirizzo: [protocollo@pec.asp.crotone.it](mailto:protocollo@pec.asp.crotone.it)

Non verranno ammesse le domande di partecipazione presentate con modalità diverse da quelle sopra indicate. Per le domande inoltrate a mezzo posta elettronica certificata dovrà essere apposta firma autografa con allegato valido documento di identità o firma digitale del candidato.

La mancata sottoscrizione della domanda implicherà la nullità insanabile della stessa, e precluderà al candidato la partecipazione alla procedura di cui al presente avviso.

Verificata la presenza dei requisiti richiesti dal presente bando, verrà stilato e pubblicato sul portale dell'ASP di Crotona l'elenco dei partecipanti. È opportuno precisare che il suddetto elenco non assume carattere di graduatoria di merito e non è da considerarsi vincolante per l'azienda.

L'ASP di Crotona si riserva la facoltà di modificare, prorogare i termini, sospendere o annullare il presente avviso, eventuali decisioni in tal senso verranno rese note mediante pubblicazione di avviso sul sito aziendale

Il Direttore del Distretto Unico Aziendale  
Dr. Pietro Brisinda



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

FAC -SIMILE DELLA DOMANDA

Al Direttore D.U.A.  
ASP di Crotona  
Viale Stazione/ang. G. di Vittorio  
88900 CROTONE  
Pec: protocollo@pec.asp.crotone.it

**Oggetto:** domanda di adesione all'avviso di manifestazione di interesse n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rivolta agli infermieri dipendenti a tempo indeterminato dell'ASP di Crotona per redigere un elenco di infermieri interessati a svolgere all'occorrenza attività professionale in regime extralavorativo presso la Casa Circondariale di Crotona.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F.: \_\_\_\_\_), nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

ADERISCE

alla manifestazione di interesse di cui all'avviso n. \_\_\_\_\_ pubblicato il \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, di cui all'art. 76 del DPR n° 445/00, e consapevole, altresì, che la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ex art. 75 del DPR n° 445/00, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/00, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere dipendenti dell'ASP di Crotona in qualità di C.P.S. infermiere e svolgere servizio presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'ordine professionale di \_\_\_\_\_;
- di non beneficiare di istituti o tutele contrattuali che comportino la riduzione a qualsiasi titolo dell'orario di lavoro (a titolo esemplificativo e non esaustivo: part time, L. 104/1992);
- di non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa (es.: prescrizione del medico competente);
- di non svolgere a qualsiasi titolo altre attività aggiuntive extralavorative per conto dell'azienda;
- di accettare, avendone preso conoscenza, le norme e le condizioni dell'avviso;
- di autorizzare l'ASP di Crotona al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., per le finalità connesse all'espletamento dell'avviso;
- di aver preso visione e conoscenza dei termini della manifestazione in oggetto indicata.

Il sottoscritto elegge domicilio ai fini del presente bando al seguente indirizzo:

INDIRIZZO PEC \_\_\_\_\_

Tel.n. \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente domanda:

1. nulla osta del direttore/responsabile dell'unità operativa di appartenenza;
2. copia documento di identità.

Data

Firma