

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

RIVOLTA AGLI INFERMIERI DIPENDENTI DELL'ASP DI CROTONE PER REDIGERE UN ELENCO DI SOGGETTI INTERESSATI A SVOLGERE ALL'OCCORRENZA ATTIVITÀ PROFESSIONALE IN REGIME EXTRALAVORATIVO PER L'ASSISTENZA A PAZIENTE IN REGIME DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE FINANZIATA CON I FONDI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI RILIEVO NAZIONALE INDIVIDUATI DAL PIANO SANITARIO NAZIONALE, EX ART. 1, COMMI 34 E 34-BIS DELLA LEGGE N. 662 DEL 1996.

Ricorrendo al fondo previsto per la Linea Progettuale n. 1 degli Obiettivi di Piano, assegnati con apposito DCA della Regione Calabria, dal titolo *"Implementazione di un modello omogeneo e condiviso per il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti con multi cronicità su tutto il territorio regionale"*, finanziato con i fondi previsti dall'art. 1, commi 34 e 34-bis della legge n. 662 del 1996, il Direttore del Distretto Sanitario Unico Aziendale al fine di assicurare la continuità assistenziale alla paziente (OMISSIS), residente in Casabona, assistita in regime di ospedalizzazione domiciliare dal 2011, intende acquisire manifestazione di interesse da parte di Infermieri dipendenti dell'ASP di Crotone, disponibili a svolgere attività professionale, fuori dall'ordinario orario di servizio, presso il domicilio della paziente, secondo i turni necessari in aderenza al piano di assistenza individuale, ovvero per sette giorni alla settimana per 12 ore giornalieri erogabili su due turni (08.00 - 14.00 e 14.00 - 20.00).

Requisiti di ammissione:

- essere dipendenti dell'ASP di Crotone in qualità di infermiere;
- iscrizione all'ordine professionale;
- 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 non si intende rivolto agli infermieri che attualmente sono impegnati ad assicurare le prestazioni oggetto della presente manifestazione, che per garantire la continuità assistenziale si intendono già arruolati.

L'interesse manifestato dal personale equivale a dichiarare la disponibilità a garantire almeno tre turni nell'arco del mese.

La retribuzione delle ore effettuate verrà corrisposta nella misura analoga a quella stabilita dal vigente CCNL comparto sanità facendo ricorso al fondo previsto per la Linea Progettuale n. 1

degli Obiettivi di Piano, dal titolo *“Implementazione di un modello omogeneo e condiviso per il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti con multi cronicità su tutto il territorio regionale”*.

L'inclusione nell'elenco è subordinata al nulla osta rilasciato dal direttore/responsabile dell'unità operativa di appartenenza, con il quale si autorizza l'espletamento dell'attività di assistenza domiciliare fuori dall'ordinario orario di servizio.

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

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 Crotone 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 Crotone 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 Sanitario Unico Aziendale
Dr. Pietro Luigi Brisinda

FAC -SIMILE DELLA DOMANDA

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

Oggetto: domanda di adesione alla manifestazione di interesse rivolta agli infermieri dipendenti dell'ASP di Crotone per redigere un elenco di infermieri interessati a svolgere all'occorrenza attività professionale in regime extralavorativo per l'assistenza a paziente in regime di ospedalizzazione domiciliare, finanziata con i fondi per il raggiungimento degli obiettivi di rilievo nazionale individuati dal piano sanitario nazionale, ex art. 1, commi 34 e 34-bis della legge n. 662 del 1996.

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 Crotone in qualità di infermiere e svolgere servizio presso _____;
- di essere iscritto all'ordine professionale di _____;
- 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 Crotone 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;

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