

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI PERSONALE INFERMIERISTICO
DISPONIBILE AD ESEGUIRE TURNI DI SERVIZIO PRESSO IL
POLIAMBULATORIO TERRITORIALE DI VENTOTENE**

Al fine di garantire la continuità assistenziale presso il Poliambulatorio Territoriale di Ventotene si emette il presente avviso per l'individuazione di personale infermieristico disponibile all'effettuazione di turni di lavoro in regime di orario ordinario ed extraorario.

REQUISITI DI ACCESSO

- Essere in servizio in qualità di CPS-Infermiere presso la ASL di Latina;
- Requisito preferenziale: conoscenza nella gestione della strumentazione POCT in uso presso il PAT.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Le domande dovranno essere inviate, utilizzando il modulo allegato, da far pervenire al seguente indirizzo mail: avvisi.professionisanitarie@ausl.latina.it.

SCADENZA

Le domande dovranno pervenire entro il 5° giorno successivo alla pubblicazione sul sito ASL Latina, sezione "avvisi e concorsi".

UOC Professioni Sanitarie
Dipartimenti non Ospedalieri
Dr. Valentino Coppola
f.to

UOC Professioni Sanitarie
Rete Ospedaliera
Direttore Roberta Biaggi
f.to

All: Domanda

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI PERSONALE INFERMIERISTICO DISPONIBILE AD ESEGUIRE TURNI DI SERVIZIO IN ORARIO ORDINARIO E EXTRAORARIO PRESSO IL POLIAMBULATORIO TERRITORIALE DI VENTOTENE.

**Alla UOC Professioni Sanitarie
AUSL LATINA**

Il/la sottoscritt _____

matricola _____ qualifica _____

In servizio presso la UOC/UOS _____ sede _____,

chiede di partecipare alla manifestazione di interesse per l'individuazione di personale infermieristico disponibile ad eseguire turni di lavoro in orario ordinario ed extra orario presso il Poliambulatorio Territoriale di Ventotene.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R n 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere dipendente di codesta azienda in qualità di _____ con contratto a tempo _____ con decorrenza ___/___/_____;
- di non avere limitazioni alle funzioni proprie del profilo di appartenenza;
- di essere in servizio attualmente presso la U.A _____ presidio/distretto _____;
- di avere/non avere competenza nell'uso delle apparecchiature P.O.C.T;

Il sottoscritto dichiara inoltre che qualsiasi comunicazione inerente tale avviso, dovrà essere inviata:

cellulare ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

mail _____@ausl.latina.it
(scrivere in stampatello – solo mail aziendale)

Data

firma