

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

Al fine di garantire la continuità assistenziale presso il Poliambulatorio Territoriale di PONZA 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;
- Essere in possesso di attestato BLSD in corso di validità.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

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

SCADENZA

Le domande dovranno pervenire entro il 10° giorno successivo alla pubblicazione sul sito ASL Latina, sezione "avvisi e concorsi". Le domande che verranno inoltrate dopo la scadenza saranno accettate con riserva.

INFORMAZIONI GENERALI

Il personale che aderirà alla seguente Manifestazione d'interesse sarà chiamato a svolgere attività ambulatoriali, nella fascia oraria 08:00/14:00 e attività di Primo Intervento con orario h 24, articolati secondo turnazione (07:00/14:00 – 14:00/20:00 – 20:00/7:00 oppure con svolgimento di turni 8:00/20:00 – 20:00/8:00).

Modalità di attestazione del servizio reso

Il personale dovrà attestare la presenza in servizio mediante timbratura con badge. La dimenticanza della timbratura o la timbratura errata non permette la regolare liquidazione delle competenze maturate, sarà cura del dipendente verificare il proprio cartellino e comunicare tempestivamente le correzioni da apportare, mediante compilazione dei moduli aziendali ed invio alla struttura professionisanitarie.dap@ausl.latina.it che valuterà la richiesta ed invierà successivamente alla UOC Personale quanto dichiarato.

Si rende noto che, a domanda del dipendente, parte delle ore rese per la copertura dei turni di servizio potrà essere liquidata come prestazioni aggiuntive art 55.

Il personale è tenuto ad osservare quanto disposto con le note prot. 42421 del 10/05/21 e prot. 38774 del 28/04/21 che stabiliscono:

- il servizio non dovrà essere reso sul proprio giorno di riposo;
- **il dipendente dovrà aver assolto al debito istituzionale del mese di riferimento;**
- che il servizio reso in orario diurno dovrà essere timbrato in **codice 6** in entrata ed uscita mentre in orario notturno dovrà essere timbrato in **codice 5** in entrata ed uscita;
- il limite mensile di assenze (comprensivo di quelle di cui si usufruisca per benefici ex L 104/92, malattia, recuperi, ferie etc) oltre il quale le prestazioni aggiuntive si trasformano in orario straordinario è fissato in 10 giorni – nota regionale prot. U0931626 del 30/10/20 e prot. U0083800 del 02/11/20.

Inoltre il personale è tenuto a rispettare i dettami della Legge 161/14 in materia di orario di servizio.

Modalità di rimborso del costo del biglietto del traghetto e mezzi di trasporto sull'Isola

Come stabilito dalla UOC Personale con nota prot. 87569 del 11/11/20 e dall'integrazione nota prot. 43373, per ottenere il rimborso del biglietto del traghetto, nonché dei mezzi di trasporto sull'Isola è **necessario** consegnare alla UOS Professioni Sanitarie DAP:

- i biglietti in originale;
- i moduli compilati in originale, con biro blu, “Notula di liquidazione” e “Autorizzazione alla trasferta”.

Modalità di organizzazione del servizio

Le disponibilità a svolgere il servizio verranno richieste a partire dal 15/09/2021 e fino al 31/12/2021.

Il dipendente che aderirà alla manifestazione d'interesse, dovrà comunicare le proprie disponibilità alla Coordinatrice di UA Isole Pontine, previa autorizzazione del Coordinatore della UA di appartenenza.

Orario dei traghetti

ORARI IN VIGORE DAL 16.09.2021 AL 30.09.2021							
	FORMIA - PONZA						
	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	DOM
NAVE		08,00		08,00	08,00		
NAVE DON FRANCESCO	08,00		08,00			08,00	08,00
NAVE		14,30		14,30	14,30		
NAVE DON FRANCESCO	14,30		14,30			14,30	14,30
UNITA' VELOCE	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00	18,00
PONZA - FORMIA							
	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	DOM
UNITA' VELOCE	06,45	06,45	06,45	06,45	06,45	06,45	06,45
NAVE		11,15		11,15	11,15		
NAVE DON FRANCESCO	11,15		11,15			11,15	11,15
NAVE		17,45		17,45	17,45		
NAVE DON FRANCESCO	17,45		17,45			17,45	17,45

Gli orari sono soggetti a modifiche ([verificare orari dopo il 30/09/2021](#))

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 EXTRAORDINARIO PRESSO IL
POLIAMBULATORIO TERRITORIALE DI PONZA.**

**Alla UOC Professioni Sanitarie
Dipendenti non Ospedalieri
AUSL LATINA**

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 PONZA.

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;
 - di essere/non essere in possesso di attestato BLSD in corso di validità ovvero di avere in programmato l'acquisizione dell'attestazione.

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

cellulare _____

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

Data

firma