



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI PERSONALE INFERNIERISTICO ED OSTETRICO DISPONIBILE AD ESEGUIRE TURNI DI SERVIZIO PRESSO LE UUOCC PEDIATRICHE (LATINA, FONDI, FORMIA) PER L'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI ANTI COVID

Al fine di garantire la continuità assistenziale presso le U.U.O.O.C.C. pediatriche di Latina, Fondi e Formia per l'esecuzione delle vaccinazioni anti covid (fascia di età 5/11 anni) si emette il presente avviso per l'individuazione di personale infermieristico ed ostetrico disponibile all'effettuazione di turni di lavoro in regime di straordinario ed art. 55.

REQUISITI DI ACCESSO

- Essere in servizio in qualità di CPS-Infermiere o CPS Ostetrica presso la ASL di Latina;
- Requisito preferenziale: esperienza in ambito pediatrico;
- Possesso attestato BLSD e/o PBLSD.

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 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 INFERNIERISTICO ED OSTETRICO DISPONIBILE AD ESEGUIRE TURNI DI SERVIZIO PRESSO LE UUOCC PEDIATRICHE (LATINA, FONDI, FORMIA) PER L'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI ANTI COVID

**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 straordinario e art. 55 presso:

- LATINA**
- FONDI**
- FORMIA**

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 essere/non essere in possesso dio attestato PBLSD/BLSD
- di avere/non avere esperienza specifica in ambito pediatrico

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