

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI PERSONALE SANITARIO (COMPARTO)  
DISPONIBILE AD ESEGUIRE TURNI DI SERVIZIO PER L'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI ANTI  
COVID – DOMICILIARI/HUB VACCINALI**

Al fine di garantire l'effettuazione delle Vaccinazioni Anti Covid, si emette il presente avviso **rivolto a tutto il personale delle Professioni Sanitarie** per la copertura di turni di lavoro in regime di orario straordinario ed art 55.

**REQUISITI DI ACCESSO**

- Essere in servizio presso la ASL di Latina;
- Possesso attestato BLSD.

**Per il personale delle Professioni Sanitarie, ad eccezione del personale Infermieristico, è necessario possedere il seguente corso di formazione:**

- ✓ **Corso ISSID 174F20** "Campagna vaccinale covid-19: la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19" ed abilitazione pratica ove prevista.

**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](mailto: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 SANITARIO (COMPARTO)  
DISPONIBILE AD ESEGUIRE TURNI DI SERVIZIO PER L'ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI ANTI  
COVID – DOMICILIARI/HUB VACCINALI**

**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 delle Professioni Sanitarie disponibile all'effettuazione di turni di lavoro in regime di orario straordinario ed art 55 (ove previsto) specificando la sede:

☐ **DISTRETTO 1;**

☐ **DISTRETTO 2;**

☐ **DISTRETTO 3;**

☐ **DISTRETTO 4;**

☐ **DISTRETTO 5.**

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 di attestato PBLSD/BLSD

☐ **allego corso ISSID 174F20 "Campagna vaccinale covid-19: la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19"**

☐ **allego certificazione di abilitazione rilasciato dall'HUB Vaccinale**

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**