

**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

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 dio 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 inherente tale avviso, dovrà essere inviata:
cellulare ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

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

Data

FIRMA