

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI PERSONALE SANITARIO
DISPONIBILE AD ESEGUIRE LA PROCEDURA DI TRATTAMENTO ANTIPUTREFATTIVO AI SENSI
DELLA NORMATIVA VIGENTE SUL TERRITORIO AZIENDALE
(DPR 285/90, Circolare Ministeriale 24/2007 e DGR 737/2007)**

Ai fini di adempiere agli obblighi di legge in materia di polizia mortuaria, si emette la seguente Manifestazione d'interesse per l'individuare personale sanitario disponibile ad eseguire la procedura aziendale relativa al trattamento antiputrefattivo.

PERSONALE COINVOLTO:

- Personale Sanitario area Infermieristica;

Il personale che presenterà la propria candidatura, prima di essere abilitato alla procedura aziendale, sarà sottoposto ad un corso teorico/pratico di abilitazione.

L'attività sarà prestata, sul territorio della Aziendale, a chiamata.

PRESTAZIONI DA SVOLGERE:

- Esecuzione puntura conservativa propedeutica al confezionamento del feretro per il trasporto di salme all'estero

REQUISITI DI ACCESSO

- Essere in servizio presso la ASL Latina con inquadramento di CPS Infermiere, con esclusività di rapporto a tempo pieno ed esclusione benefici ai sensi della L. 104, personale.
- Giudizio del medico competente (non essere dichiarato inidoneo alle attività assistenziale e non avere limitazioni allo spostamento dei carichi manuali) **In caso di mancata attestazione sulla domanda di partecipazione di detto requisito comporta l'esclusione dal presente avviso.**

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Le domande dovranno essere inviate, utilizzando il modulo allegato, da far pervenire al seguente indirizzo mail: rischioclinico@ausl.latina.it, unitamente a Curriculum formativo/professionale in formato europeo, debitamente firmato e datato nella formula di autodichiarazione.

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 remunerato con progetto obiettivo prestazioni aggiuntive Art 115 ai sensi del CCNL vigente.
- Le attività aggiuntive possono essere retribuite, se effettuate al di fuori del normale orario di lavoro, registrate sul sistema aziendale di rivelazione presenze mediante specifica codifica (codice 6 per orario diurno).
- La liquidazione dell'attività è a carico della UOC Rischio clinico e sarà autorizzata mediante determina/delibera gestita dalla UOC Rischio clinico
- Le disponibilità saranno gestite dalla UOC Rischio clinico, ed il personale sarà chiamato dal richiedente la procedura e verranno fornite tempi e luoghi di esecuzione della prestazione.
- **La chiamata non ha carattere di pronta disponibilità**, poiché la prestazione richiesta dovrà essere garantita dopo il periodo obbligatorio di osservazione stabilito dalla legislazione vigente.
- Il personale individuato si impegna a seguire la procedura secondo l'indicazione del protocollo aziendale
- Le domande saranno valutate dal Direttore della UOC Rischio Clinico

UOC Rischio clinico
Dott. Mario Mellacina
F.to

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI PERSONALE SANITARIO
DISPONIBILE AD ESEGUIRE LA PROCEDURA DI TRATTAMENTO ANTIPUTREFATTIVO AI
SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE SUL TERRITORIO AZIENDALE
(DPR 285/90, Circolare Ministeriale 24/2007 e DGR 737/2007)**

Alla UOC RISCHIO CLINICO
ASL 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 sanitario
disponibile ad eseguire la procedura di trattamento antiputrefattivo.

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 indeterminato/determinato con decorrenza ____/____/_____, con la
seguente qualifica:

(BARRARE CON UNA X)

☐ **Personale Sanitario area Infermieristica;**

- ☐ **di avere**
- ☐ **non avere**

limitazioni alle funzioni proprie del profilo di appartenenza;

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

cellulare ____/____/____/____/____/____/____/____/____

mail _____@ausl.latina.it

(scrivere in stampatello – solo mail aziendale)

Latina _____

Firma

Il sottoscritto, con la sottoscrizione della domanda di partecipazione al presente avviso, dichiara di accettare il compenso previsto dal bando, senza richiedere ulteriori compensi.

Latina _____

Firma

