



Risorse Umane

**AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE IN AREA A PAGAMENTO
PER L'EFFETTUAZIONE DI VACCINAZIONI ANTI COVID-19
PRESSO LE SEDI AZIENDALI
DA PARTE DI COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI INFERMIERI CAT. D/DS
DIPENDENTI DELL'ASST SETTE LAGHI**

Data di emissione 10.11.2021
Prot. n. 73117

Scad. 31.12.2021

Il presente avviso è rivolto al personale in servizio presso l'ASST Sette Laghi con il profilo di collaboratore professionale sanitario - infermiere/infermiere senior in possesso dei seguenti requisiti:

- a) essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno da almeno sei mesi;
- b) essere esenti da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificato dal medico competente;
- c) non beneficiare, nel mese in cui è richiesta la prestazione aggiuntiva, di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione dell'orario di servizio, comprese le assenze per malattia, così come disposto dall'art. 3 comma c) della Legge 8.1.2002 n. 1.
- d) non essere in situazione di debito orario.

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione della candidatura.

L'attività, che consiste nella somministrazione del vaccino ANTI COVID-19 presso le sedi aziendali, dovrà essere prestata al di fuori e in aggiunta all'orario di lavoro e sarà remunerata con un compenso pari ad €. 50/ora.

Le modalità di effettuazione dell'attività saranno definite e comunicate agli interessati da parte della S.C. DAPSS/COV.

Per permettere un avvio tempestivo, l'Azienda inizierà ad assegnare le attività mano a mano che perverranno le relative candidature.

In funzione della numerosità delle domande pervenute e della durata dell'attività, l'Azienda si riserva la facoltà di definire criteri di priorità per la partecipazione all'attività.

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE:

Le manifestazioni di interesse devono:

- essere redatte in carta semplice compilando lo schema allegato al presente avviso e obbligatoriamente sottoscritte;
- pervenire, a partire dalla data di emissione del presente avviso e per tutto il periodo fino al 31.12.2021 mediante invio al seguente indirizzo di posta elettronica: ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

L'Azienda, qualora fosse necessario, si riserva la facoltà prendere in considerazione le domande pervenute nel termine sopra indicato per continuare a svolgere l'attività in oggetto nel primo trimestre del 2022.

Per qualsiasi informazione gli interessati potranno rivolgersi alla Segreteria DAPSS dalle ore 9.00 alle 12 al numero di telefono: 0332/278230 (int. 2230).

Questa amministrazione si riserva la facoltà di sospendere, modificare o revocare il presente avviso.

Varese, 10.11.2021

ASST dei Sette Laghi



Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

Al Direttore Generale
Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi
Viale Borri, 57
21100 VARESE VA

_ I _ sottoscritt _ _____

nat_ a _____ (Prov. di _____)

matricola _____

in servizio presso _____ Ospedale/sede di _____

in qualità di _____

e-mail _____ N. Cell. _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

allo svolgimento di prestazioni aggiuntive in area a pagamento per l'effettuazione di vaccinazioni anti covid-19 presso le sedi aziendali da parte di collaboratori professionali sanitari infermieri cat. D/DS dipendenti dell'ASST Sette Laghi

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., dichiara di :

- a) essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno presso l'ASST Sette Laghi dal _____;
- b) essere esente da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificato dal medico competente.
- c) non essere in situazione di debito orario.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che tale attività è incompatibile con la fruizione di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione dell'orario di servizio, comprese le assenze per malattia nel mese in cui è richiesta la prestazione aggiuntiva, così come disposto dall'art. 3 comma c) della Legge 8.1.2002 n. 1.

Data,

Firma

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it