



Risorse Umane

**AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
in area a pagamento per garantire la tempestiva effettuazione di
Test molecolari per ricerca di SARS-CoV-2
DA PARTE DI TECNICI SANITARI DI LABORATORIO BIOMEDICO CAT. D/DS
- COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI
DIPENDENTI DELL'ASST SETTE LAGHI**

Il presente avviso è rivolto al personale in servizio presso l'ASST Sette Laghi con il profilo di collaboratore professionale sanitario – tecnico sanitario di laboratorio biomedico cat. D/Ds in possesso dei seguenti requisiti:

- essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno da almeno sei mesi;
- essere esenti da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificate dal medico competente;
- 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.

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza stabilita dal presente avviso per la presentazione delle candidature.

L'attività dovrà essere prestata al di fuori e in aggiunta all'orario di lavoro e sarà remunerata con un compenso pari ad €. 34/ora, come da protocollo dell'area a pagamento ambulatoriale.

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

L'attività proseguirà fino al 7 settembre p.v. ovvero sino al perdurare della necessità dell'effettuazione di TNF in base alle specifiche indicazioni di ATS Insubria o di Regione Lombardia. 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 secondo lo schema allegato al presente avviso e obbligatoriamente sottoscritte.
- pervenire, **entro e non oltre il giorno 1 settembre** mediante invio al seguente indirizzo di posta elettronica: ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it.

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

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

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

Varese, 27.8.2020

ASST DEI SETTE LAGHI



Protocollo nr. 0053280
del 27/08/2020

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 di _____

in qualità di _____

e-mail _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

allo svolgimento di PRESTAZIONI AGGIUNTIVE in area a pagamento per garantire la tempestiva effettuazione di Test molecolari per ricerca di SARS-CoV-2 **da parte di Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico cat. D/Ds – Collaboratori Professionali Sanitari.**

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 certificate dal medico competente.

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 e' richiesta la prestazione aggiuntiva.

Data,

Firma
