



## Risorse Umane

**AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE  
per l'effettuazione di vaccinazioni anti COVID19  
presso le sedi aziendali  
DA PARTE DI INFERMIERI/ASSISTENTI SANITARI 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 – infermiere/assistente sanitario cat. D/Ds 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 certificate dal medico competente;
- c) non beneficiare, nel mese in cui e' richiesta la prestazione aggiuntiva, di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione dell'orario di servizio;
- d) Non essere in situazione di debito orario.

I suddetti requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione delle candidature.

L'attività, che consiste nella somministrazione del vaccino ANTICOID19 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 €. 34/ora (omnicomprensivo), 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.

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 di 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, obbligatoriamente sottoscritte ed inviate al seguente indirizzo di posta elettronica: [ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it](mailto: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).

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

Varese, 31.12.2020

Prof. n. ASST DEI SETTE LAGHI



Protocollo nr. 0081876  
del 31/12/2020

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](http://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](mailto:ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it) PEC: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

Alla S.C. DAPSS  
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 per l'effettuazione di vaccinazioni ANTICOID19 presso le sedi aziendali nei giorni e negli orari che verranno concordati con la S.C. DAPSS.

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.
- 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, nel mese in cui e' richiesta la prestazione aggiuntiva.

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