



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

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 - 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

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