

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DI CPS INFERMIERE CAT.D CPS INFERMIERE SENIOR CAT. DS - INFERMIERE GENERICO

TRASFERIMENTI / DIMISSIONE DI PAZIENTI COVID NON CRITICI O CLINICAMENTE GUARITI PRESIDIO OSPEDALALIERO ATRI

Ai sensi di quanto previsto dall'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n.30 dell'8.04.2020 Art. 3, attesa la carenza di personale infermieristico a seguito dell'emergenza epidemiologica Covid-19, come stabilito dall'Unità di Crisi in data 15.04.2020 (verbale del 16.04.2020) si autorizzano prestazioni aggiuntive del personale sanitario, con tariffa oraria pari ad € 30.

Coloro che fossero interessati ad attuare trasferimenti/ dimissioni di **PAZIENTI COVID NON CRITICI O CLINICAMENTE GUARITI** dal P.O. COVID di Atri, presso domicilio o altra Struttura dedicata al percorso COVID, possono comunicare la propria adesione al seguente indirizzo mail: direzionesanitariaatri@aslteramo.it, entro le h. 12.00 del 10.11.2020 sottoscrivendo il seguente Modulo.

Requisiti di accesso:

- Qualifica di CPS Infermiere Cat. D – CPSE Infermiere Senior Cat.DS ed Infermiere Generico
- Assenza degli elementi di esclusione previsti dal Regolamento Aziendale nr. 1462 del 16.12.2016 Art. 5 comma 2 (situazioni che determinano limitazioni dell'attività lavorativa)
- Partecipazione o impegno a partecipare a corsi formativi relativi alla vestizione/svestizione DPI COVID-19
- Attestazione Corso BLSD

Compenso

Le prestazioni saranno effettuate come attività aggiuntiva, **codice timbratura 98**, da svolgere al di fuori dall'orario istituzionale, con tariffa oraria pari ad € 30. L'erogazione e la remunerazione delle stesse saranno limitate all'emergenza epidemiologica Covid-19 e di seguito sospese nel momento in cui non si renderà più necessario attuarle.

Le prestazioni "TRASFERIMENTO-DIMISSIONE PAZIENTE COVID NON CRITICO O CLINICAMENTE GUARITO" si attueranno secondo programmazione predisposta dal Referente Trasporti e il CPSI/CPSE/INFERMIERE GENERICO disponibile in base alle adesioni, dovrà recarsi presso la sede assegnata entro 60 minuti.

Al riguardo, sarà obbligo del dipendente specificare l'eventuale adesione ad ulteriori attività incentivate:

- ☐ postazioni di emergenza territoriale (cod.17)
- ☐ trasporti secondari urgenti e programmati (cod.22)

in quanto l'adesione ai progetti (cod.17-22) sarà prioritaria e dovrà essere rispettata la programmazione garantendo la copertura degli stessi come da impegno precedentemente assunto

SOTTOSCRIZIONE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a _____ Matricola _____

dipendente presso l'U.O. _____ P.O. _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto stabilito agli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 02.12.2000 e s.m.i. dichiara quanto appresso:

(apporre una X a fianco della fattispecie di interesse)

☐ CPS INFERMIERE CAT. D ☐ CPSE INFERMIERE SENIOR CAT. DS. ☐ INFERMIERE GENERICO

☐ Assenza degli elementi di esclusione previsti dal Regolamento Aziendale nr. 1462 del 16.12.2016 Art. 5 - Comma 2 (situazioni che determinano limitazioni dell'attività lavorativa)

☐ Possesso di attestazione CORSO BLSD

☐ Possesso di attestazione FORMAZIONE VESTIZIONE/SVESTIZIONE DPI COVID

☐ Recapito telefonico _____

Data _____

Firma _____

Allegare:
Copia Documento Identità