

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: EMERGENZA COVID - 19 - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI, CPS TECNICI, CPS INFERMIERI, ASSISTENTI SOCIALI, AUTISTI DI AMBULANZA E OSS PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO CALABRIA DA DESTINARE AL POTENZIAMENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID - 19, COMPRESO IL PLESSO DI GIOIA TAURO RICONVERTITO PER PAZIENTI COVID 19

PREMESSO che è necessario, in conseguenza dell'evolversi della situazione epidemiologica e del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia da COVID - 19, adottare tutte le misure necessarie per far fronte alla emergenza assumendo unità di personale sanitario;

VISTA la L. n. 77 del 17 Luglio 2020 di conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 19 Maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 con la quale le Aziende Sanitarie, al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 e di garantire i livelli essenziali di assistenza, sono state autorizzate a reclutare il personale sanitario necessario;

ATTESA la necessità inderogabile di adottare misure urgenti affinché questa Azienda possa garantire l'assistenza necessaria ai pazienti affetti da COVID - 19;

L'Azienda intende indire la presente manifestazione di interesse finalizzata alla formazione di una short list per l'eventuale reclutamento di medici specialisti, specializzandi e laureati, CPS Tecnici, CPS Infermieri, Assistenti Sociali, Autisti di ambulanza e OSS, mediante la stipula di contratti libero professionali, per implementare temporaneamente e in caso di necessità l'organico presso le strutture territoriali ed i reparti destinati alla cura dei pazienti affetti da COVID-19, compresa la struttura di Gioia Tauro riconvertita.

Con il personale interessato verrà stipulato un contratto libero professionale di 38 ore settimanali per i Dirigenti area sanità e di 36 ore settimanali per l'area del comparto, con decorrenza immediata e fino al perdurare dello stato di emergenza.

La partecipazione alla presente manifestazione non comporta in capo a ciascun candidato nessun diritto al conferimento dell'incarico.

Le eventuali candidature, da redigersi secondo il modello allegato, dovranno pervenire esclusivamente al seguente indirizzo di pec: concorsi.asprc@certificatamail.it

Alla domanda il candidato dovrà allegare a pena di esclusione il proprio curriculum vitae redatto sotto forma di autocertificazione delle proprie specifiche professionalità e copia del documento di identità.

Il bando ha validità annuale dalla sua data di pubblicazione sul sito web aziendale www.asp.rc.it — sezione Concorsi e avvisi, salvo proroghe. Le domande potranno essere presentate dal momento della pubblicazione, per essere utilizzate in ragione dell'emergenza COVID — 19 e potranno essere vagliate a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando.

La predisposizione dell'elenco degli idonei non esclude la facoltà dell'Azienda di utilizzare prioritariamente le graduatorie aziendali vigenti e le graduatorie regionali rese disponibili o di bandire ulteriori procedure comparative per incarichi a tempo determinato o libero professionali. L'elenco dei candidati aventi i requisiti di ammissione sarà aggiornato in funzione delle necessità aziendali e della diffusione epidemiologica sulla base delle domande pervenute nel corso del tempo.

Le domande pervenute successivamente alla data di eventuale conferimento incarico, saranno ritenute valide per mesi 12 salvo proroghe, da autorizzare al rappresentarsi delle necessità aziendali.

L'ASP di Reggio Calabria, previa verifica dei requisiti dichiarati e valutazione comparata dei curricula formativi e professionali da parte di una Commissione, appositamente nominata dalla Commissione Straordinaria contestualmente all'approvazione del presente avviso, redigerà appositi elenchi di professionisti, cui conferire in rapporto alle proprie necessità incarichi libero professionali.

L'inserimento negli elenchi di cui alla presente procedura non comporterà alcun diritto da parte dell'aspirante al conferimento dell'incarico libero professionale.

ART. 1 REQUISITI DI ACCESSO

A) MEDICI SPECIALISTI

1. Laurea in medicina e chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione medica;
3. Iscrizione all'ordine professionale,
4. Specializzazione nelle seguenti discipline o equipollenti:
 - Diagnostica per Immagini
 - Assistenza Sanitaria di Base
 - Anestesia e Rianimazione;
 - Pneumologia;
 - Laboratorio Analisi;
 - Medicina interna;
 - Igiene e Medicina Preventiva
 - Medicina d'emergenza urgenza;

- Oncologia
- Cardiologia
- Pediatria

Inoltre, per le eventuali necessità per assicurare i ricoveri in urgenza:

- Ortopedia e Traumatologia
- Chirurgia Generale
- Ginecologia e Ostetricia
- Psichiatria

in subordine:

sub a) attestato di formazione regionale idoneità esercizio attività Emergenza Sanitaria Territoriale;

sub b) attestato Corso di Formazione Specialistica Medicina Territoriale;

sub c) Corsi specifici nell'area dell'emergenza: BIS — D, BLS — D pediatrico, ACLS, ATIS

A.1) MEDICI SPECIALIZZANDI

1. Laurea in medicina e chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione medica;
3. Iscrizione all'ordine professionale,
4. Iscrizione all'ultimo, al penultimo e terzo anno di corso delle scuole di specializzazione di:
 - Diagnostica per Immagini
 - Assistenza Sanitaria di Base
 - Anestesia e Rianimazione;
 - Pneumologia;
 - Laboratorio Analisi;
 - Medicina interna;
 - Igiene e Medicina Preventiva
 - Medicina d'emergenza urgenza;
 - Oncologia
 - Cardiologia
 - Pediatria

Inoltre, per le eventuali necessità per assicurare i ricoveri in urgenza:

- Ortopedia e Traumatologia
- Chirurgia Generale
- Ginecologia e Ostetricia
- Psichiatria

11 NOV. 2020
 Pubblicata il
 con repertorio N. 2318

A.2) MEDICI

1. Laurea in medicina e chirurgia
2. Abilitazione all'esercizio della professione medica
3. Iscrizione all'ordine professionale

B) CPS TECNICI LABORATORIO BIOMEDICO

1. Diploma di Tecnico Laboratorio Biomedico (Classe 3 - Classe delle Lauree delle professioni sanitarie e Tecniche) o diploma universitario di tecnico sanitario di laboratorio biomedico (Decreto del Ministro della Sanità 14/09/1994 n. 745), ovvero i diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti equipollenti, ai sensi del D.M. 27 luglio 2000, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi;
2. Iscrizione all'Albo professionale ((L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio).

C) CPS INFERMIERI

1. diploma di laurea di 1° livello (L) di Infermiere (Classe L/SNT1 - Classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica) ovvero diploma universitario di Infermiere (D.M. n. 739 del 14.09.1994) o titoli equipollenti ai sensi del D.M. Sanità 27/07/2000.
2. Iscrizione all'Albo Professionale (L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio).

D) ASSISTENTI SOCIALI

1. Laurea Classe L39 servizio sociale o specialistica (57S) o magistrale LM 87 o equipollente vecchio ordinamento;
2. Iscrizione all'Albo professionale;

E) AUTISTI DI AMBULANZA

1. Diploma di istruzione secondaria di primo grado o assolvimento dell'obbligo scolastico;
2. cinque anni di esperienza professionale acquisita nel corrispondente profilo in pubbliche amministrazioni o imprese private
3. essere titolare di patente categoria B in corso di validità;

F) OSS

1. Diploma di istruzione secondaria di primo grado o assolvimento dell'obbligo scolastico;
2. Attestato di qualifica professionale rilasciato ai sensi della Legge 845 del 1978 e recepita dalla Regione Calabria con legge regionale 18/1985.

Inoltre per le eventuali necessità:

G) CPS TECNICI NEUROFISIOPATOLOGIA

1. Diploma triennale Tecnico Neurofisiopatologia (Classe SNT/3- Classe delle Lauree in professioni Sanitarie e Tecniche) ovvero Diploma universitario di Tecnico di Neurofisiopatologia, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3 D.lgs 30.12.1992 e s.m.i, ovvero diplomi o attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti al diploma universitario ai fini dell'esercizio della professione e dell'accesso ai pubblici uffici, ai sensi delle vigenti disposizioni (D.M 27.07.2000);
2. iscrizione all'Albo professionale di cui al D.M del 13.03.2018;

Non aver subito condanne penali o avere procedimenti penali in corso che inibiscano il rapporto con la Pubblica Amministrazione;

Non avere alcuna limitazione lavorativa per motivi di salute;

Per i cittadini di stato estero non facenti parte dell'Unione Europea è necessario possedere e allegare alla manifestazione d'interesse regolare permesso di soggiorno in corso di validità.

ART. 2 CONFERIMENTO INCARICHI

Gli incarichi verranno conferiti secondo l'ordine dei candidati inseriti nell'elenco degli idonei scaturito dalla comparazione dei curricula effettuato dalla Commissione, e verranno regolati da apposito contratto/disciplinare di incarico, conformemente a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di affidamento di incarichi di prestazione di lavoro autonomo, senza vincolo di subordinazione.

Data la particolare natura degli incarichi da conferire, la disponibilità immediata sarà, ove essenziale a garantire la continuità del servizio, condizione imprescindibile per il conferimento.

Gli eventuali incarichi saranno conferiti con atto deliberativo adottato dalla Commissione Straordinaria, tenuto conto delle esigenze connesse all'attività, previa verifica della disponibilità, previo accertamento dell'insussistenza di potenziali cause di incompatibilità/confitto di interesse, previa stipula della polizza di responsabilità civile e professionale secondo le norme vigenti.

Il rapporto si risolve, automaticamente, senza necessità di preavviso, alla scadenza indicata nel contratto.

L'Azienda potrà risolvere anticipatamente il rapporto qualora le prestazioni fornite dal professionista risultino non conformi a quanto previsto nel contratto ovvero non soddisfacenti e nel caso in cui siano stati assunti idonei o vincitori da graduatori concorsuali o di avviso a tempo determinato validi, nelle discipline oggetto del presente bando o per sopravvenute incompatibilità e/o inconvertibilità o per qualsiasi altro motivo ritenuto valido a proprio insindacabile giudizio.

Con i soggetti individuati per il conferimento dell'incarico sarà stipulato un contratto libero professionale fino al 31.01.2021, salvo eventuali proroghe dello stato di emergenza da COVID 19.

Gli stessi saranno chiamati in servizio con decorrenza immediata, in caso di eventuale rinuncia/ assenze al momento della stipula del relativo contratto si procederà con il candidato successivo.

ART. 3 TIPOLOGIA, COMPENSO E DURATA DELL'INCARICO

Gli incarichi eventualmente conferiti avranno durata fino al 31.01.2021, salvo eventuali proroghe dello stato di emergenza da COVID – 19, per un impegno orario medio valutato in n. 38 ore settimanali per i Dirigenti e n. 36 ore per le altre figure del comparto e potranno subire modifiche in ordine alla durata, all'orario medio e alla sede di servizio secondo le necessità aziendali e ad insindacabile giudizio dell'Azienda medesima.

Il compenso è determinato secondo il vigente CCNL della Dirigenza Medica per Dirigenti con Incarico di Base e secondo il vigente CCNL area comparto.

L'incarico sarà regolato da apposito contratto conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di affidamento di incarichi di prestazioni di lavoro autonomo, ai sensi anche dell'art. 2222 del Codice Civile, senza vincolo di subordinazione.

All'atto del conferimento dell'incarico il professionista dovrà presentare all'Azienda apposita dichiarazione di possesso di idonea polizza assicurativa per la copertura degli infortuni e della Responsabilità civile verso terzi in relazione all'attività da prestare.

ART. 4 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento o GDPR", l'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati per la partecipazione all'Avviso, di natura personale e particolare, saranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza sia informata cartacea che elettronica. Il trattamento ha ad oggetto attività ed operazioni concernenti la ammissione alla partecipazione all'Avviso stesso e alla successiva gestione giuridica, economica, previdenziale e fiscale relativa alla eventuale attribuzione dell'incarico a tempo determinato.

ART. 5 DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non regolato dal presente avviso, si fa riferimento a quanto previsto dalla vigente normativa in materia.

L'ASP di Reggio Calabria si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere revocare o annullare il presente avviso qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità in ragione di pubblico interesse, senza che gli istanti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

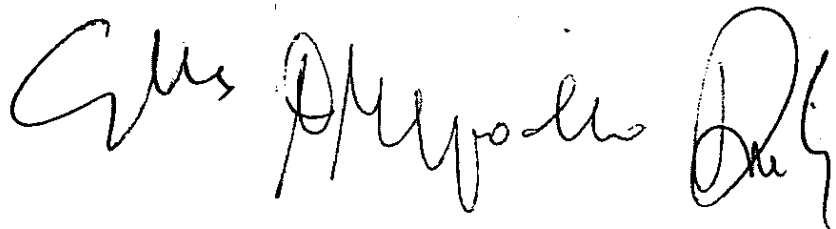
La partecipazione all'avviso, implica l'accettazione, senza riserve, delle disposizioni del presente avviso, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni attualmente in vigore e da quelle eventualmente future.

Il presente avviso, nonché tutte le comunicazioni inerenti allo stesso, saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria www.asp.rc.it - sezione concorsi e avvisi, con effetto di pubblicità legale ai sensi dell'art. 32 comma 1 della L. n. 69 del 18/06/2009.

Il Direttore GRUeF

LA COMMISSIONE STRAORDINARIA

F. To Agellettimito



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI, CPS TECNICI, CPS INFERMIERI, ASSISTENTI SOCIALI, AUTISTI DI AMBULANZA E OSS PRESSO L'AZIENDASANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO CALABRIA DA DESTINARE AL POTENZIAMENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID – 19, COMPRESA LA STRUTTURA RICONVERTITA DI GIOIA TAURO .

Il/ La sottoscritto/ a COGNOME NOME nato/aa.....il.....
codice fiscale..... residente in Via/Piazza.....
Città Provincia CAP recapiti telefonici
pec/mail.....

Con la presente manifesta il proprio interesse a partecipare all'Avviso in oggetto a tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi. richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

o di essere in possesso della cittadinanza.....

o di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di O di non essere iscritto nelle liste elettorali

(in caso di non iscrizione indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione)

o di godere dei diritti civili e politici o di non godere dei diritti civili e politici.....

(in caso di non godimento indicare i motivi)

o di non aver riportato condanne penali o di aver riportato le seguenti condanne penali.....
(in caso di condanne indicare quali)

o di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

o di non aver riportato sanzioni disciplinari o di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari

Publicato il 11 NOV. 2020
con repertorio N. 2318

(in caso di sanzioni indicare quali)

o di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita in data..... rilasciata dall'Università con la votazione di

O di essere in possesso della specializzazione in della durata di anni conseguita in data rilasciata dall'Università..... con la votazione di ...

O di essere iscritto al anno del Corso di specializzazione in della durata di anni... dell'Università..... con la votazione di

O di essere in possesso di un'ulteriore specializzazione in della durata di anni conseguita in data rilasciata dall'Università con la votazione di.....

O di essere iscritto all'albo professionale di

O di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari

(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

o che l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla presente manifestazione è: COGNOME..... NOME residente in Via/ Piazza

Città..... Provincia..... CAP..... recapiti telefonici

PEC/email.....

Il/ La sottoscritto/ a si impegna a comunicare tempestivamente, eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di domicilio indicato nella presente domanda.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di accettare senza riserva tutte le prescrizioni, precisazioni e norme contenute nell'avviso;
- di accettare che tutte le comunicazioni inerenti al presente avviso vengano effettuate mediante pubblicazione sul sito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria www.asp.rc.it - sezione concorsi e avvisi;
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura de quo.

Luogo _____ Data _____

Firma _____

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI, CPS TECNICI, CPS INFERMIERI, ASSISTENTI SOCIALI, AUTISTI DI AMBULANZA E OSS PRESSO L'AZIENDASANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO CALABRIA DA DESTINARE AL POTENZIAMENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID – 19, COMPRESA LA STRUTTURA RICONVERTITA DI GIOIA TAURO .

Il/ La sottoscritto/ a COGNOME NOME nato/aa.....il.....
codice fiscale..... residente in Via/Piazza.....
Città Provincia CAP recapiti telefonici
pec/mail.....

Con la presente manifesta il proprio interesse a partecipare all'Avviso in oggetto a tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

o di essere in possesso della cittadinanza.....

o di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di O di non essere iscritto nelle liste elettorali

(in caso di non iscrizione indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione)

o di godere dei diritti civili e politici o di non godere dei diritti civili e politici.....

(in caso di non godimento indicare i motivi)

o di non aver riportato condanne penali o di aver riportato le seguenti condanne penali.....

(in caso di condanne indicare quali)

o di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

o di non aver riportato sanzioni disciplinari o di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari

(in caso di sanzioni indicare quali)

Publicato il ~~11 NOV 2020~~
con repertorio N. 2318

o di essere in possesso del Diploma di istruzione Secondaria di I° Grado o assolvimento obbligo scolastico conseguita in data..... rilasciata da

o Attestato qualifica Professionale.....

o di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari
(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

o che l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla presente manifestazione è: COGNOME..... NOME residente in Via/ Piazza

Città..... Provincia..... CAP..... recapiti telefonici

PEC/email.....

Il/ La sottoscritto/ a si impegna a comunicare tempestivamente, eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di domicilio indicato nella presente domanda.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di accettare senza riserva tutte le prescrizioni, precisazioni e norme contenute nell'avviso;
- di accettare che tutte le comunicazioni inerenti al presente avviso vengano effettuate mediante pubblicazione sul sito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria www.asp.rc.it- sezione concorsi e avvisi;
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura de quo.

Luogo _____ Data _____

Firma

Fac simile Istanza CPS Infermiere, Tecnico Neurofisiopatologia, Tecnico Laboratorio Biomedico, Assistente Sociale

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI, CPS TECNICI, CPS INFERMIERI, ASSISTENTI SOCIALI, AUTISTI DI AMBULANZA E OSS PRESSO L'AZIENDASANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO CALABRIA DA DESTINARE AL POTENZIAMENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID – 19, COMPRESA LA STRUTTURA RICONVERTITA DI GIOIA TAURO .

II/ La sottoscritto/ a COGNOME NOME nato/aa.....il.....
codice fiscale..... residente in Via/Piazza.....

Città Provincia CAP recapiti telefonici
pec/mail.....

Con la presente manifesta il proprio interesse a partecipare all'Avviso in oggetto a tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

di essere in possesso della cittadinanza.....

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di di non essere iscritto nelle liste elettorali

(in caso di non iscrizione indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione)

di godere dei diritti civili e politici o di non godere dei diritti civili e politici.....

(in caso di non godimento indicare i motivi)

di non aver riportato condanne penali o di aver riportato le seguenti condanne penali.....
(in caso di condanne indicare quali)

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

pubblicato il 11 NOV. 2020

con repertorio N. 2318

Publicato il 1.1 NOV. 2020
con repertorio N. 2318

o di non aver riportato sanzioni disciplinari o di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari

(in caso di sanzioni indicare quali)

o di essere in possesso della laurea conseguita in data..... rilasciata dall'Università con la votazione di

O di essere iscritto all'albo professionale di

O di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari

(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

o che l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla presente manifestazione è: COGNOME..... NOME residente in

Via/ Piazza

Città..... Provincia..... CAP..... recapiti telefonici

PEC/email.....

II/ La sottoscritto/ a si impegna a comunicare tempestivamente, eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di domicilio indicato nella presente domanda.

II/ La sottoscritto/a dichiara:

- di accettare senza riserva tutte le prescrizioni, precisazioni e norme contenute nell'avviso;
- di accettare che tutte le comunicazioni inerenti al presente avviso vengano effettuate mediante pubblicazione sul sito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria www.asp.rc.it- sezione concorsi e avvisi;
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura de quo.

Luogo _____ Data _____

Firma

Publicato il 11 NOV 2020
con repertorio N. 2319

Fac simile Istanza Autisti Ambulanza

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI, CPS TECNICI, CPS INFERMIERI, ASSISTENTI SOCIALI, AUTISTI DI AMBULANZA E OSS PRESSO L'AZIENDASANITARIA PROVINCIALE DI REGGIO CALABRIA DA DESTINARE AL POTENZIAMENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID – 19, COMPRESA LA STRUTTURA RICONVERTITA DI GIOIA TAURO .

Il/ La sottoscritto/ a COGNOME NOME nato/aa.....il.....
codice fiscale..... residente in Via/Piazza.....
Città Provincia CAP recapiti telefonici
pec/mail.....

Con la presente manifesta il proprio interesse a partecipare all'Avviso in oggetto a tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi. richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

o di essere in possesso della cittadinanza.....

o di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di O di non essere iscritto nelle liste elettorali

(in caso di non iscrizione indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione)

o di godere dei diritti civili e politici o di non godere dei diritti civili e politici.....

(in caso di non godimento indicare i motivi)

o di non aver riportato condanne penali o di aver riportato le seguenti condanne penali.....
(in caso di condanne indicare quali)

o di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

Publicato il 11 NOV 2020
con repertorio N. 2318

o di non aver riportato sanzioni disciplinari o di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari

(in caso di sanzioni indicare quali)

o di essere in possesso del Diploma di istruzione Secondaria di I° Grado o assolvimento obbligo scolastico conseguita in data..... rilasciata da

o Cinque anni di esperienza professionale acquisita nel corrispondente profilo presso pubblica Amministrazione o impresa privata

Ente/impresa privata..... dal al.....

Ente/impresa privata..... dal al.....

o Patente Cat. B in corso di validità

o di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari o di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari
(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

o che l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla presente manifestazione è: COGNOME..... NOME residente in Via/ Piazza

Città..... Provincia..... CAP..... recapiti telefonici.....

PEC/email.....

Il/ La sottoscritto/ a si impegna a comunicare tempestivamente, eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di domicilio indicato nella presente domanda.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- o di accettare senza riserva tutte le prescrizioni, precisazioni e norme contenute nell'avviso;
- o di accettare che tutte le comunicazioni inerenti al presente avviso vengano effettuate mediante pubblicazione sul sito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria www.asp.rc.it - sezione concorsi e avvisi;
- o di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura de quo.

Luogo _____ Data _____

Firma