

DOMANDA PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER DIRIGENTI MEDICI E COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI INFERMIERI

Al Direttore Generale dell'ASL SALERNO
protocollogenerale@pec.aslsalerno.it

__ sottoscritt __ _____,

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE ATTIVITA' DI ELISOCORSO IN QUALITA' DI COMPONENTE DELL'EQUIPAGGIO HEMS.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- 1) di essere nat_ a _____ il _____;
- 2) di essere residente in _____ via _____ n. _____;
- 3) di essere dipendente dell'Azienda _____ nella posizione funzionale di _____;
- 4) di essere in possesso di tutti i requisiti specifici di ammissione, ovvero (*barrare la casella d'interesse*):

Per la qualifica di *Dirigente Medico Anestesista Rianimatore*

- essere dipendenti a tempo determinato e indeterminato nella posizione funzionale di Dirigente Medico
- prestare servizio nell'ambito delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione dell'ASL Salerno

Per la qualifica di *Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere*

- essere dipendente a tempo determinato o indeterminato nella posizione funzionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere dell'Asl Salerno
- prestare servizio nell'ambito del Soccorso Sanitario Emergenza Urgenza 118, nelle Unità Operative di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Anestesia e Rianimazione, dell'AslSalerno.

5) di accettare incondizionatamente le norme previste dall'avviso;

6) che ogni eventuale comunicazione relativa all'avviso dovrà essere inviata al seguente indirizzo di posta

elettronica certificata (PEC) personale: _____;

7) di aver frequentato uno o più corsi di seguito indicati, tra cui anche quelli sottoelencati, nel corso degli ultimi due anni, allegando i relativi attestati di partecipazione (*si precisa che la dichiarazione di partecipazione ai corsi, con esclusione del corso HEMS, non costituisce requisito d'accesso ma ha mera finalità esplorativa*):

Corso:	SI/NO	Svolto a	Data partecipazione	durata
HEMS				
BLS				
PTC ADV				
PTC BASE				
ATLS				
PBLS				
Pediatrico ADV				

A tal fine, allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

- Curriculum Formativo-Professionale datato e firmato a pena di esclusione,
- Copia non autenticata di idoneo documento di identità (fronte e retro) in corso di validità;
- Copia attestati di partecipazione ai corsi di cui al punto 7);
- Informativa sul trattamento dei dati personali opportunamente sottoscritta.

Data e luogo _____ Firma _____