



AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISORSE UMANE NECESSARIE ALLE ATTIVITÀ PROGETTUALI IN AMBITORIABILITATIVO DEL PROGETTO DI TELEASSISTENZA IN AMBITO RIABILITATIVO (DELIBERAZIONE N. 1839 DEL 29.12.2023)

Atteso che:

in attuazione delle attività collegate al Progetto di Teleassistenza in ambito riabilitativo della A.S.L. Salerno, ai sensi del Regolamento Aziendale (deliberazione n.1839 del 29.12.2023), è necessario procedere alla sostituzione di alcune risorse umane già reclutate in quanto dimissionarie

È INDETTA

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER LE UNITA' ED I PROFILI DI SEGUITO INDICATI, DESTINATA A TUTTO IL PERSONALE DI RUOLO DELLA A.S.L. SALERNO A TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO:

PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISORSE UMANE NECESSARIE ALLE ATTIVITÀ PROGETTUALI IN AMBITO RIABILITATIVO DEL PROGETTO DI TELEASSISTENZA IN AMBITO RIABILITATIVO (DELIBERAZIONE N. 1839 DEL 29.12.2023)

POSSONO PRESENTARE ISTANZA I DIPENDENTI DELLA A.S.L. SALERNO SE IN POSSESSO, PER I VARI PROFILI, DEI SEGUENTI REQUISITI MINIMI:

Profilo: N° 4 Fisioterapista / Logopedista

principali attività: Presa in carico, elezione del paziente, esecuzione programma riabilitativo a domicilio, in house e a distanza, valutazione degli outcome. Gestione cartella clinica ed informatizzazione dati sanitari Mensile. Supporto logistico e reportistica mensile delle attività.

Profilo: N° 3 Infermiere Coordinatore / Infermiere afferente alle Cure Domiciliari

principali attività: Arruolamento, presa in carico a domicilio degli utenti e tele-nursing del paziente. Supporto logistico, organizzazione, supervisione e coordinamento delle attività sanitarie, turni di servizio, sostituzione operatori, ecc. Gestione informatizzata delle prenotazioni, liste di attesa e report mensile delle attività.

N.B.: Il personale infermieristico sarà arruolato previa acquisizione delle formali dimissioni da parte degli infermieri già reclutati ma risultanti non operativi/non disponibili per le attività progettuali.

Nel merito, si rappresenta che:

- l'impegno a garantirsi da ogni professionista aderente al progetto è di circa n. 3 ore settimanali/bisettimanali da erogarsi all'interno di turni di servizio, fuori orario di servizio, presso la sede distrettuale di Salerno o a domicilio del paziente;
- è previsto utilizzo auto propria e rimborso spese per trasferimenti;
- per ciascun operatore è prevista la partecipazione obbligatoria ad attività formativa, in orario di servizio, della durata di circa 5 ore, in sede aziendale da definirsi;

- l'adesione da parte degli interessati dovrà pervenire, utilizzando l'apposito modello, unitamente a curriculum datato e firmato, inviato esclusivamente a mezzo mail aziendale (...@aslsalerno): al seguente indirizzo:

teleriabilitazione@aslsalerno.it

Le istanze saranno valutate in base ai seguenti criteri:

1. Appartenenza alle U.O.C. ospedaliere A.S.L. Salerno in linea con i setting di teleriabilitazione già individuati;
2. Appartenenza a Macrocentri area Sud A.S.L. Salerno vista la necessità di garantire la copertura dell'intero territorio aziendale;
3. Anzianità di servizio nel ruolo;
4. Età anagrafica del candidato (a parità di anzianità nel ruolo è preferito il candidato più giovane)

COMPENSI ORARI

Attività	Qualifica operatori	Obiettivi individuali/responsabilità esecutiva	Retrib. Oraria
Coordinamento attività Cure Domiciliari	Infermiere Coordinatore; Infermiere afferente alle Cure Domiciliari	1. Arruolamento e presa in carico del paziente 2. Organizzazione, supervisione e coordinamento delle attività sanitarie, turni di servizio, sostituzione operatori, ecc. 3. Gestione prenotazioni, liste di attesa e report mensile	34,32 €
Attività Riabilitativa	Fisioterapista	1. Presa in carico, elezione del paziente, esecuzione programma riabilitativo a domicilio, in house e a distanza, valutazione degli outcome; 2. Gestione cartella clinica ed informatizzazione dati sanitari; 3. Report mensile	30,89 €
	Logopedista	1. Presa in carico, elezione del paziente, esecuzione programma riabilitativo a domicilio utente, in house e a distanza, valutazione degli outcome 2. Gestione cartella clinica ed informatizzazione dei dati sanitari 3. Report mensile	30,89 €

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
U.O.S.D. RIABILITAZIONE E PROTESICA A.S.L. SALERNO
RESPONSABILE PROGETTO AZIENDALE TELERIABILITAZIONE

Firma
dott.ssa Grazia Gentile



FAC-SIMILE DOMANDA

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO VIA NIZZA,146
84124 SALERNO

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ nat _____

a _____

il _____, dipendente di ruolo presso questa Azienda Sanitaria
Locale Salerno – assegnato funzionalmente alla macrostruttura

Unità Operativa _____

nella qualifica di _____.

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISORSE UMANE NECESSARIE ALLE ATTIVITÀ PROGETTUALI IN AMBITO RIABILITATIVO DEL PROGETTO DI TELEASSISTENZA IN AMBITO RIABILITATIVO (DELIBERAZIONE N. 1839 DEL 29.12.2023)

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti

DICHIARA

✓ di essere nato/ a _____ prov. _____ Il _____

✓ di risiedere a _____ prov. _____

in via _____ C.A.P. _____

OVVERO:

✓ di essere in possesso della cittadinanza italiana

OVVERO:

di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana _____(indicare);

✓ cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. cittadinanza del seguente stato e possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, comma 1 e comma 3 bis del D. Lgs.vo 165/2001 e s.m.i.

✓ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune _____

✓ di non essere iscritto nelle liste elettorali per le seguenti motivazioni (_____);

✓ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione;

✓ di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;

OVVERO:

✓ di aver subito le seguenti condanne penali:

_____;

OVVERO:

✓ di avere i seguenti procedimenti penali in corso:

_____;

✓ di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente Avviso di selezione.

✓ di allegare alla presente valido documento di identità e curriculum vitae aggiornato;

✓ di essere inquadrato nella qualifica di _____ profilo professionale di _____ disciplina di (solo dirigenza sanitaria) _____;

✓ di partecipare all'avviso di manifestazione di interesse per il profilo (segnare il profilo scelto) di:

Infermiere Coordinatore/Infermiere afferente alle Cure Domiciliari;

Fisioterapista/Logopedista;

N.B.: i candidati hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo alla ASL SALERNO, la quale non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.

(luogo)

(data)

IL DICHIARANTE

(firma per esteso)

- allegato curriculum vitae
- documento di riconoscimento
- modello b

modello b

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a al

Progetto di Teleassistenza in ambito riabilitativo A.S.L. Salerno.

A tal fine dichiara:

Anagrafica:

Cognome e nome	
Nato il	
Codice Fiscale	
Residenza	
Località	

Contatti:

Telefono	
Mail aziendale	

Requisiti:

Qualifica	
Numero e Data iscrizione all'ordine	

Assegnazione di servizio

MACROCENTRO	
Unità Operativa	
Matricola	
Data prima assunzione	

Manifesto il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Sono 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. 445/2000, attesta che le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono sostitutive di certificazione ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000.

Dichiaro di accettare incondizionatamente tutte le clausole e le condizioni contenute nel bando.