ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Carbonia

SERVIZIO PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E DELL'OSTETRICA ZONA SUD

ASSL Carbonia-Iglesias
Direzione

AVVISO INTERNO PER LA PARTECIPAZIONE DI CPS INFERMIERI A PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' ASSISTENZIALI PRESSO LA SC DI MEDICINA GENERALE CTO DI IGLESIAS

Si comunica che l'Area Socio Sanitaria Locale di Carbonia ha la necessità di formare un elenco di personale dipendente CPS Infermieri interessati alle attività assistenziali in prestazioni aggiuntive presso la SC di Medicina Generale del P.O. CTO di Iglesias, ai sensi del D.L. 12 novembre 2001, n. 402, (Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario), convertito in Legge 8 gennaio 2002, n. 1;

Possono inoltrare domanda i Dipendenti assegnati alle Strutture dell' ASSL di Carbonia, inquadrati nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, CAT. D:
- che abbiano un contratto di lavoro a tempo indeterminato;
- che abbiano superato il periodo di prova;
- che non abbiano limitazioni funzionali incompatibili con le attività in prestazioni aggiuntive;
- che non abbiano esclusioni di alcun tipo da alcun turno di lavoro e che ne richiedano la piena idoneità psicofisica;

I Dipendenti interessati dovranno presentare domanda, debitamente sottoscritta, anche mediante la compilazione dell'allegato schema.

Le domande in carta semplice dovranno tassativamente pervenire **entro 7 (sette) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso**, tramite mail a: staffsps.carbonia@atssardegna.it.

Sarà cura di questo Servizio inoltrare le domande pervenute al Responsabile del Servizio Risorse Umane della ASSL.

Dott. Antonello Cuccuru

per Il Direttore delle Professioni Infermieristiche e dell'Ostetrica Zona Sud – dr. Pierpaolo Pateri

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Carbonia

SERVIZIO PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E DELL'OSTETRICA ZONA SUD

DOMANDA DI ADESIONE ALLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Al Coordinatore IFO
Attività Trasversali di Dipartimento

Servizio Gestione del Personale

Oggetto: domanda di adesione alle prestazioni aggiuntive.

La/il sottoscritta/o.....

Nata/o a ..... il....., e residente in.....

Via/piazza....., dipendente a tempo indeterminato di Codesta ASL, con la qualifica di CPS Infermiere

Presso il Servizio/U.O. di .....

del Presidio/Distretto di.....

CHIEDE

di poter aderire alla formazione degli elenchi aziendali per le prestazioni aggiuntive, come da regolamento in vigore, presso la SC di Medicina Generale P.O. CTO di Iglesias.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di poter partecipare al bando per l'adesione alle prestazioni aggiuntive in quanto in possesso dei requisiti previsti dalla L. n° 1 del 08.01.2002 art. 1, comma 3.

Comunica altresì che l' utenza telefonica alla quale potranno essere inoltrate le comunicazioni relative alle Prestazioni Aggiuntive è la seguente:

.....

e che eventuali comunicazioni scritte potranno essere inviate al seguente indirizzo:
.....

Distinti saluti.

Luogo, data
.....

firma
.....