

ASSL Carbonia-Iglesias  
Direzione

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE AGGIUNTIVE  
FINALIZZATE  
AL POTENZIAMENTO DELLE MISURE DI CONTENIMENTO AL DIFFONDERSI  
DELL'EPIDEMIA DA COVID-19**

L'Area Socio Sanitaria Locale di Carbonia, come successivo provvedimento correlato alla Deliberazione del Commissario Straordinario n. 257 del 15/04/2020 "Istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e riorganizzazione delle Cure Primarie", ha la necessità di utilizzare apposito elenco di personale dipendente del profilo CPSI cat. D da attribuire, temporaneamente, ad attività di potenziamento della lotta al Covid-19 secondo le seguenti modalità d'intervento:

**INTERVENTO 1** – Prestazioni infermieristiche in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS) per l'esecuzione di test rapidi su casi sospetti di Covid-19 sul territorio;

**INTERVENTO 2** - Prestazioni infermieristiche in ambito di un Team di nuova istituzione finalizzato a potenziare le attività di "presa in carico", monitoraggio e cura dei pazienti, a supporto dei Medici USCA nelle strutture per anziani, pubbliche, private ed eventuali alberghi Covid-19.

**SEDE DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ**

**Distretto di Carbonia:** P.zza Matteotti Carbonia, Casa della Salute di Giba, S. Giovanni Suegiu, Santadi e Portoscuso;

**Distretto di Iglesias:** Sede del Distretto di Iglesias, Casa della Salute di Fluminimaggiore, Domusnovas e Gonnese;

**Distretto Isole:** Sant'Antioco e Carloforte.

**PERSONALE COINVOLTO NEL PROGETTO:**

**Intervento 1 :** CPS infermieri assegnati alle sedi dei Distretti della ASSL di Carbonia;

**Intervento 2 :** CPS infermieri assegnati alle sedi Ospedaliere e dei Distretti e della ASSL Carbonia.

Possono inoltrare domanda i Dipendenti già assegnati alle Strutture dell' ASSL di Carbonia/Iglesias, inquadrati nel profilo di CPS infermiere cat.D, in prestazioni aggiuntive:

- che abbiano un contratto di lavoro a tempo indeterminato;
- che abbiano superato il periodo di prova;
- che non abbiano esclusioni di alcun tipo dai turni di lavoro che ne richiedano la piena idoneità psicofisica.

I Dipendenti interessati dovranno presentare domanda, debitamente sottoscritta, mediante la compilazione dell'allegato schema, includendo i documenti e titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione positiva del curriculum di carriera e professionale da allegare obbligatoriamente alla domanda.

In presenza di più domande, rispetto alle necessità previste ai sensi dell'art. 8 del Regolamento Unico Gestione del Personale di cui alla delibera n.1325 del 28.12.2016, sarà effettuata una valutazione positiva e comparata del curriculum degli aspiranti in relazione al posto da ricoprire.

Si comunica che per il personale infermieristico che intende aderire alla suddetta manifestazione d'interesse è previsto un breve training formativo riguardo le specifiche attività del Team.

La precedente esperienza nelle attività richieste al Team che si dovrà istituire, ivi comprese le operazioni di vestizione/svestizione dei dispositivi di protezione individuale, costituirà titolo preferenziale ma non assoluto.

Il provvedimento di valutazione dei curriculum dei Candidati non dà luogo pertanto a formazione di graduatoria ma unicamente a giudizi motivati di maggiore confidenza o di non confidenza dei Candidati al posto da ricoprire.

Le domande in carta semplice dovranno tassativamente pervenire entro 7 (sette) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso, secondo le modalità di seguito riportate:

- raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

ASSL Carbonia  
Via Dalmazia 83  
09013 Carbonia,

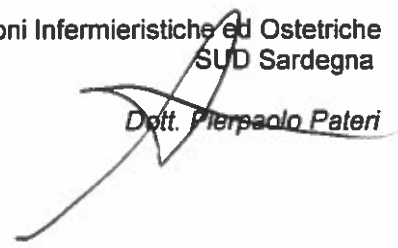
per la quale, quanto alla data di presentazione, farà fede il timbro postale;

- tramite utilizzo della posta elettronica entro il termine di scadenza previsto al seguente indirizzo di posta elettronica a [staffsps.carbonia@atssardegna.it](mailto:staffsps.carbonia@atssardegna.it);

**Se il termine per la presentazione delle domande dovesse coincidere con un giorno festivo, sarà spostato al primo giorno feriale successivo.**

L'elenco dei Candidati in possesso dei requisiti specifici di ammissione verrà pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Bandi di concorso", alla pagina <http://www.aslcarbonia.it/albopretorio/concorsi/>.

Gli aspiranti saranno interpellati esclusivamente per la mobilità prescelta; la rinuncia deve sempre essere fatta per iscritto entro cinque giorni dalla proposta di diversa assegnazione e comporta l'esclusione.

  
Il Direttore del Servizio delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche  
SUD Sardegna  
Dott. Pierpaolo Pateri

ASSL Carbonia  
Direzione  
ALLEGATO B

SCHEMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore  
ASSL Carbonia  
Via Dalmazia 83  
09013 CARBONIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente (da almeno 6 mesi) in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura di manifestazione di interesse per partecipare ad elenco di personale dipendente CPS Infermiere categoria D, idoneo a prestazioni aggiuntive infermieristiche su: *(barrare scelta)*

- intervento 1**
- intervento 2**

A tal fine dichiara di:

- di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di CPSI , Categoria....., in servizio

presso il Servizio/Unità operativa di .....

- di essere in possesso dell'idoneità alla mansione e di tutti i requisiti richiesti per la partecipazione alla manifestazione di interesse di cui sopra.

Dichiara inoltre, ai fini della valutazione della confidenza al posto a cui si candida di aver prestato servizio in qualità di CPSI (indicare solo Enti, Ospedali, ASL e non U.O.):

dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	, presso	_____

di avere la seguente situazione familiare:

- non coniugata, senza figli
- coniugata con coniuge convivente
- coniugata con \_\_\_\_\_ figlio/figli
- non coniugata con figlio/\_\_\_\_\_ figli minori conviventi
- coniugata con figlio/\_\_\_\_\_ figli minori conviventi
- n° \_\_\_\_\_ genitori ultra 65 anni conviventi

Data, .....

**FIRMA**