

AVVISO DI

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTA A PERSONALE

INFERMIERISTICO DIPENDENTE DELL'ASP DI CROTONE

Premesso:

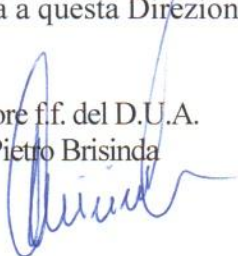
- che dal 2011 viene garantita, con l'impiego di infermieri di questa azienda, assistenza in regime di ospedalizzazione domiciliare per la paziente (OMISSIS), residente in Casabona, affetta da grave patologia, facendo ricorso ad attività aggiuntiva svolta al di fuori dall'orario di servizio.
- che le prestazioni assistenziali di natura infermieristica sono erogate 7 giorni alla settimana per 12 ore al giorno, dalle ore 08.00 alle 20.00 su due turni.
- che al fine di assicurare la continuità assistenziale alla paziente (OMISSIS), secondo i turni necessari al rispetto del piano di assistenza individuale, è necessario individuare un numero adeguato di infermieri facendo ricorso al lavoro aggiuntivo (fuori dall'orario di servizio) retribuito in pari misura alla straordinario ordinario.

Tanto premesso,

è indetta manifestazione di interesse rivolta a personale infermieristico dipendente dell'ASP di Crotone per reclutare un numero adeguato di infermieri per continuare ad erogare l'assistenza infermieristica in regime di ospedalizzazione domiciliare alla paziente.

Tutti i dipendenti interessati potranno inoltrare apposita domanda entro dieci giorni dalla pubblicazione della presente manifestazione indirizzata a questa Direzione Distrettuale.

Il Direttore f.f. del D.U.A.
Dr. Pietro Brisinda



Al Direttore f.f. D.U.A.
ASP di Crotone
Dr. Pietro Brisinda
Pec: dipartimentodistrettuale@pec.asp.crotone.it
protocollo@pec.asp.crotone.it

Oggetto: istanza di adesione all'avviso di manifestazione di interesse rivolta a personale infermieristico dipendente dell'ASP di Crotone per attività aggiuntiva in assistenza a paziente in regime di ospedalizzazione domiciliare.

Il/la sottoscritto/a _____, dipendente dell'ASP di Crotone, con la qualifica di infermiere/a, in servizio presso _____, con la presente da piena disponibilità a effettuare attività aggiuntiva per garantire assistenza a paziente in regime di ospedalizzazione domiciliare residente in Casabona.

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che l'attività aggiuntiva dovrà essere svolta al di fuori dell'ordinario orario di lavoro e che deve essere compatibile e non deve comportare impedimento con le attività svolte nel servizio di assegnazione.

Ogni comunicazione può essere inviata ai seguenti recapiti:

- Pec: _____

- Mail ordinaria: _____

- Tel. cell. n.: _____

Luogo e data _____

In fede
