



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA  
ASP Cosenza  
Protocollo Generale  
N. 0087657 del 12/07/2021

DISTRETTO SANITARIO ESARO POLLINO  
Direttore: Dr. Francesco DI LEONE



## **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER INCLUSIONE IN ELENCO DISTRETTUALE A SVOLGERE ORE IN STRAORDINARIO PRESSO CURE DOMICILIARI INTEGRATE DISTRETTO SANITARIO ESARO POLLINO - COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE**

Il Distretto Sanitario Esaro Pollino, al fine di garantire l'attività delle Cure Domiciliari Integrate (Ambito di Castrovillari e San Marco Argentano) intende acquisire manifestazioni di interesse di personale dipendente a tempo indeterminato appartenente al Profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE – cat. D).

### **REQUISITI DI AMMISSIONE:**

- essere dipendente a tempo indeterminato della ASP di Cosenza con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE – cat.D;
- Iscrizione all'ordine.

Le domande di partecipazione alla presente Manifestazione d'interesse, redatte in carta semplice secondo l'allegato schema, dovranno essere indirizzate al Direttore del Distretto Sanitario Esaro Pollino e dovranno pervenire entro e non oltre il 27 Luglio 2021.

La suddetta pubblicazione, ai sensi dell'articolo 32 della L. n. 69/2009 è da considerarsi, ad ogni effetto, pubblicità legale ed assolve l'obbligo di pubblicità a carico dell'Azienda.

### **Le domande potranno essere inoltrate nel seguente modo:**

- consegna a mano, presso l'Ufficio Protocollo dell'ASP;
- trasmissione via PEC, nel rispetto dei termini di cui sopra, in un unico formato PDF, utilizzando una casella di posta elettronica certificata, unitamente alla scansione del documento di identità del sottoscrittore, all'indirizzo PEC: [protocollo@pec.asp.cosenza.it](mailto:protocollo@pec.asp.cosenza.it) avente ad oggetto "MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER INCLUSIONE IN ELENCO DISTRETTUALE A SVOLGERE ORE IN STRAORDINARIO PRESSO CURE DOMICILIARI INTEGRATE DISTRETTO SANITARIO ESARO POLLINO - COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE".

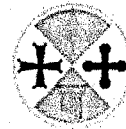
Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinato all'utilizzo, da parte del candidato, di una casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ ordinaria anche se indirizzata alla PEC aziendale sopra indicata.



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

E' esclusa ogni altra forma di presentazione.

La domanda di partecipazione deve essere firmata in calce dal candidato. La domanda non sottoscritta determinerà l'esclusione. Nella domanda da compilarsi secondo il modulo allegato gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la loro personale responsabilità, consapevoli delle pene stabilite per le dichiarazioni e le certificazioni false e mendaci, ex artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000, quanto segue:

- a) nome e cognome;
- b) luogo, data di nascita e residenza
- c) indirizzo mail presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione ed il relativo recapito telefonico;
- d) dichiarazione dell'attuale sede di servizio con data di inizio;
- e) dichiarazione esperienza professionale da riportarsi nel curriculum professionale.

#### Costituzione Elenco Distrettuale

Verificata la sussistenza dei requisiti richiesti, il Distretto Sanitario provvederà a stilare un elenco dei soggetti che hanno aderito. Si chiarisce che detto elenco non ha alcun carattere di graduatoria e così predisposto non è assolutamente vincolante per l'ASP così come gli aderenti che in qualsiasi momento possono esprimere la volontà di ritirare la propria disponibilità.

Il lavoro svolto sarà retribuito in regime di straordinario ed il Distretto nella scelta dall'elenco costituito terrà conto dell'esperienza professionale riportata nel curriculum professionale e della disponibilità a svolgere almeno 3 ore giornaliere di attività.

Si precisa che le dichiarazioni contenute nella domanda e nel curriculum, al fine di avere valore sostitutivo di certificazione devono essere redatte ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e le copie dei documenti allegati devono essere presentate ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il Direttore  
Dott. Francesco DI LEONE



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AL

Direttore del Distretto Sanitario Esaro Pollino  
Dell'ASP di Cosenza

**Oggetto:** MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER INCLUSIONE IN ELENCO DISTRETTUALE A SVOLGERE ORE IN STRAORDINARIO PRESSO CURE DOMICILIARI INTEGRATE DISTRETTO SANITARIO ESARO POLLINO - COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il  
\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ domiciliat\_\_ per la procedura in oggetto  
in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

Il proprio interesse ad essere incluso nell'elenco distrettuale per l'eventuale attribuzione di ore da svolgere, in regime di straordinario, al Servizio delle Cure domiciliari Integrata (CDI) Distretto Sanitario Esaro Pollino per l'Ambito:

- Ambito di Castrovillari;
- Ambito di San Marco Argentano;
- Di essere disponibile a svolgere almeno 3 ore giornaliere di attività.

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 e delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara:

- 1°) di essere dipendente a tempo indeterminato della ASP di Cosenza con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario - INFERMIERE dal \_\_\_\_\_;
- 2°) di prestare servizio presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 3°) che quanto riportato nell'allegato curriculum corrisponde a verità;
- 4°) ai sensi del D.Lgs n. 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge;

Data, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Si allega

- Curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- N\_\_ documenti allegati;
- Copia Documento di Identità in corso di validità;
- Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione;
- Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà.