MODULO DI ADESIONE

 Al Direttore DAPSS

 LAURA ZOPPINI

 c/o Ospedale G. Salvini

 di Garbagnate Mil.

Il/la sottoscritto/a

dipendente dell’ASST Rhodense con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere/assistente sanitario a tempo indeterminato attualmente in servizio l’U.O./Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Ospedale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con la presente esprime l’interesse a svolgere la propria attività nel ruolo di “**Case Manager Ospedaliero di dimissione”.**

A tal fine dichiara:

- di essere titolare di rapporto di lavoro a tempo (indicare se tempo pieno o parziale) ……………………

- di essere attualmente assegnato all’U.O. di degenza: (indicare il reparto)……………………………….

- di avere un’anzianità di servizio di almeno cinque anni presso UU.OO. di degenza

- di essere disponibile al lavoro di equipe e flessibilità organizzativa nello svolgimento dell’attività su tutti i Presidi Ospedalieri identificati

- di possedere adeguata esperienza nella presa in carico del paziente e nella gestione del percorso di dimissione ospedaliera

Dichiara inoltre di essere in possesso del Master di 1° livello nella seguente disciplina (o affine) (da compilare solo da parte di coloro in possesso del Master):

* case management
* Infermiere di famiglia e di comunità
* Assistenza integrata ospedale- territorio
* Infermieristica territoriale e per la continuità ospedale-territorio

Segnala inoltre quanto segue (indicare eventuali ulteriori notizie che si ritiene utile fornire nonché le motivazioni all’istanza)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allego alla presente dichiarazione sostitutiva comprovante il possesso del requisito richiesto, copia documento identità nonché il curriculum formativo professionale.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MODULO 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’ E SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(a’ sensi dell’art. 46 e 47 DPR 28.12.2000 N. 445)

Il sottoscritto

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via

documento d’identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal Comune di

**D I C H I A R A**

- di avere un’anzianità di servizio di almeno cinque anni presso UU.OO. di degenza e precisamente:

 dal ………………… al ………………….. presso……………………………………………………………….

 dal ………………… al ………………….. presso……………………………………………………………….

 dal ………………… al ………………….. presso……………………………………………………………….

 dal ………………… al ………………….. presso……………………………………………………………….

 dal ………………… al ………………….. presso……………………………………………………………….

 dal ………………… al ………………….. presso……………………………………………………………….

* di possedere adeguata esperienza nella presa in carico del paziente e nella gestione del percorso di dimissione ospedaliera
* di essere in possesso del Master di 1° livello nella seguente disciplina (o affine) (**da compilare solo da parte di coloro in possesso del Master)** conseguito in data …………… presso …………………………...................................................................................................................................

o case management

o Infermiere di famiglia e di comunità

o Assistenza integrata ospedale- territorio

o Infermieristica territoriale e per la continuità ospedale-territorio

Il sottoscritto si dichiara consapevole di essere penalmente sanzionabile se rilascia false dichiarazioni (art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445) e di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (art. 75 del dpr 28.12.2000 N. 445)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_