Sistema Socio Sanitario



AVVISO AL PERSONALE INFERMIERISTICO DELLA ASST RHODENSE:

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze della ASST Rhodense

Ricerca di n°1 Infermiere da assegnare al *NUCLEO FORENSE* sede Palazzo Sanità Viale della Repubblica 13-Paderno Dugnano

Con il presente avviso si rende noto che come da deliberazione Giunta Regione Lombardia N°X/5340 Seduta del 27/06/2016, avente oggetto: "Ulteriori determinazione in ordine alla realizzazione del programma regionale per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari approvato con DGR 1981/2014; assunzioni di personale e conseguente rideterminazione fabbisogni di personale-secondo provvedimento", in relazione alla necessità di completare la microéquipe multi professionale per il sostegno dell'attività territoriale rivolta ai pazienti psichiatrici autori di reato (Nucleo Forense), diviene necessario individuare un Collaboratore Professionale Sanitario - INFERMIERE già dipendente dell'ASST.

In relazione alla particolarità delle mansioni da svolgere è necessario che l'Infermiere da assegnare alla suddetta attività/servizio risulti in possesso dei seguenti requisiti:

- ✓ rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- ✓ rapporto di lavoro a tempo pieno o disponibilità a richiedere la riammissione al tempo pieno
 con decorrenza antecedente a quella di effettiva assegnazione. Il passaggio del titolare
 dell'incarico a tempo parziale comporta l'automatica e immediata revoca dell'incarico
 stesso:
- ✓ possesso di patente B (o superiore);
- ✓ disponibilità a svolgere attività sul territorio aziendale o extra aziendale in funzione delle esigenze dell'attività del Nucleo Forense, utilizzando per gli spostamenti un mezzo aziendale:
- √ disponibilità al lavoro in équipe e flessibilità organizzativa nello svolgimento dell'attività;
- √ disponibilità ad effettuare orario di lavoro di "giornata". A rotazione con i colleghi, presenza il sabato 4 ore mattina (08.00-12.00). Occasionalmente, comunque su programmazione, potrebbe essere richiesto il turno di secondo;
- ✓ a rotazione con i colleghi del DSMD è prevista l'assegnazione di turni di Pronta Disponibilità;
- ✓ idoneità fisica all'attività (nel caso di idoneità con limitazione sarà preventivamente acquisito il parere del Medico Competente).

In relazione a quanto sopra i dipendenti già inquadrati nella qualifica di collaboratore professionale sanitario-Infermiere in possesso dei requisiti di cui sopra, possono esprimere il proprio interesse allo svolgimento di tali attività mediante presentazione dell'unito modulo di adesione (valevole anche come autocertificazione) debitamente compilato e sottoscritto.

Al suddetto modulo dovrà essere allegato il curriculum formativo professionale.

Il modulo di adesione, indirizzato al Direttore DAPSS ed inviato via mail a <u>sitra@asst-rhodense.it</u> dovrà pervenire entro il giorno

05/08/2019

Il presente avviso è volto a dare la massima diffusione dell'informazione per il reperimento della risorsa di interesse, non è propedeutico ad alcuna procedura selettiva ma finalizzato a consentire l'acquisizione di adesioni spontanee e di elementi utili per l'individuazione diretta del dipendente da assegnare all'attività oggetto del bando.

Il Direttore DAPSS ed una specifica commissione valuteranno le domande pervenute tenendo conto dei percorsi formativi e delle esperienze maturate; il personale interessato potrà essere convocato per un colloquio di approfondimento (mediante mail all'indirizzo di posta elettronica aziendale del dipendente).

Il presente avviso non darà luogo a graduatoria.

Il DAPSS-Area Salute Mentale e Dipendenze è a disposizione dei dipendenti per eventuali ulteriori informazioni al riguardo (Responsabile S. Fiori-tel. 2157/1960 – indirizzo mail: sfiori@asst-rhodense.it).

DIRETTORE D.A.P.S.S. Laura Zoppini

MODULO ADESIONE (VALEVOLE ANCHE COME AUTOCERTIFICAZIONE)

Al Direttore DAPSS LAURA ZOPPINI ASST Rhodense Garbagnate Milanese

OGGETTO: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze della ASST Rhodense Ricerca di n° 1 Infermiere da assegnare al *NUCLEO FORENSE*- sede Palazzo Sanità Viale della Repubblica 13-Paderno Dugnano

In relazione all'avviso al personale riguardante la ricerca di cui all'oggetto, il/la sottoscritto/a (indicare nome e cognome in stampatello)

con la presente esprime il proprio interesse all'assegnazione al NUCLEO FORENSE del DSMD

A tal fine (ai sensi dell'art.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 - dichiarazioni sostitutive di notorietà e di certificazioni - e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n.

dichiara:

445/2000)

| □ d | i essere nato a il | | | | | | | | |
|---|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| □ d | □ di prestare attualmente servizio presso | | | | | | | | |
| | | _ | | | | | | | |
| | con la qualifica di a tem | ро | | | | | | | |
| i | ndeterminato con rapporto di lavoro a tempo (barrare la voce che interessa) | | | | | | | | |
| (| o pieno | | | | | | | | |
| (| parziale con impegno al rientro a tempo pieno in caso di assegnazione al servi in oggetto; | zio | | | | | | | |
| | di essere in possesso della Patente (indicare se patente B o superiore) | | | | | | | | |
| □ di essere disponibile a svolgere attività sul territorio aziendale o extra aziendale, in funzione delle esigenze di servizio del Nucleo Forense, utilizzando per gli spostamenti un mezzo aziendale | | | | | | | | | |
| | li essere disponibile al lavoro in équipe e flessibilità organizzativa nello svolgimento dell'attività | | | | | | | | |
| | li essere disponibile ad effettuare orario di lavoro di "giornata" | | | | | | | | |
| | li essere disponibile ad effettuare il sabato mattina a rotazione con i colleghi | | | | | | | | |
| | di essere disponibile di effettuare il secondo turno occasionalmente e comunque programmazione | su | | | | | | | |
| | li essere disponibile ad effettuare turni di Pronta Disponibilità | | | | | | | | |
| | li (barrare la voce che interessa): | | | | | | | | |
| | o avere limitazioni lavorative dichiarate dal Medico Competente | | | | | | | | |

o non aver alcuna limitazione lavorativa dichiarata dal Medico Competente

| ☐ di essere in soggetto che ha rila | | eguenti titoli | di studio | (indicare anch | e data | conseguimento e |
|-------------------------------------|------------------|----------------|-------------|----------------|--------|-----------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| □ di aver svolto | i seguenti perco | orsi formativi | e/o esper | ienze lavorati | ve: | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| firma | | e u | _ indirizzo | mail | | |

N.B. allegare copia documento identità e curriculum professionale