Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

**D.A.P.S.S.**
Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie e Sociali
ASST - Rhodense
Direttore: John Tremamondo
Con sistema di gestione certificato UNI EN ISO 9001:2015
Indirizzo: Viale Forlanini,95 - 20024 Garbagnate Milanese (MI)
Tel. 02994302157-2447 Fax. 2055
E-mail: dirdapss@asst-rhodense.it

ASST Rhodense
Tipo Documento Interno
Numero Protocollo 0010984/21
Data Protocollo 17/02/2021
Codice IPA: asstr AOO: asstr
Codice Registro Protocollo: RP01
Classifica: 1.4.6

# AVVISO AL PERSONALE DI SUPPORTO

## Campagna vaccinale anti-COVID

In base agli "elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale" contenuti all'interno del "Piano vaccini COVID" del 21/12/2020 di Regione Lombardia è stata avviata la campagna vaccinale secondo gli step definiti dalla DG Welfare.

Attualmente gli ambulatori vaccinali dell'ASST Rhodense sono dislocati nelle sedi di Bollate e di Passirana.

Si chiede al personale di supporto interessato a svolgere le attività sotto elencate in area a pagamento di manifestare la propria disponibilità inoltrando, mediante apposita istanza (utilizzando l'unito modulo) al Servizio Infermieristico / Responsabile di Area.

**Attività previste:**

- Accoglienza dell'utenza che accede alle sedi vaccinali e gestione della sala d'attesa
- Distribuzione e raccolta della modulistica
- Ulteriori attività di supporto all'equipe vaccinale

**Destinatari:**

Il progetto è indirizzato al personale di supporto (OSS) di tutte le UUOO/servizi e di tutti i presidi dell'ASST.

La partecipazione al progetto prevede che il personale interessato sia in possesso dei seguenti requisiti:

a) Contratto tempo pieno;
b) Anzianità di servizio di almeno 6 mesi, con rapporto di lavoro sia a tempo indeterminato che determinato;
c) Giudizio di idoneità senza limitazioni/prescrizioni alla mansione oppure con limitazioni/prescrizioni compatibili con l'attività di cui trattasi.

**Modalità:**

a) L'adesione al progetto avviene su base volontaria, mediante compilazione del modulo allegato, da consegnare al Servizio Infermieristico / Responsabile di

Area e prevede la comunicazione di un numero di cellulare a cui inoltrare le chiamate in servizio;

b) Il personale è attivato rispettando di norma il criterio della rotazione;

c) La retribuzione dei/l turni/o, sarà garantita con le competenze stipendiali del mese successivo a quello di erogazione del turno.

**Condizioni per la partecipazione al progetto:**

Al fine della remunerazione, il singolo dipendente, nel mese di effettuazione della prestazione deve aver garantito il dovuto orario previsto nel mese.
La tariffa per il personale di supporto è pari a 18 euro/ora lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione.

**Oggetto ed ambito di applicazione del progetto:**

Si precisa che:

- è oggetto di remunerazione l'effettuazione di un turno aggiuntivo nelle sedi vaccinali ospedaliere (Passirana e Bollate) o esterne secondo la programmazione e le necessità aziendali;
- il servizio in argomento sarà svolto in area a pagamento esclusivamente nelle giornate sabato o domenica/festivi;
- indicativamente gli orari di servizio saranno: dalle ore 8.30 alle ore 14.00 e dalle ore 14.00 alle 19.30.

Garbagnate Mil.se, 17/02/2021

Il Responsabile del DAPSS
John Tremamondo

**Presidio di Garbagnate**
**D.A.P.S.S.**
Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie e Sociali
Con sistema di gestione certificato UNI EN ISO 9001:2015
Indirizzo: Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)
Tel. 02994302151-1993 Fax. 2055
E-mail: Sitra@asst-rhodense.it

## Campagna vaccinale anti-COVID

Consapevole che al fine della remunerazione, il singolo dipendente, nel mese di effettuazione della prestazione deve aver garantito il dovuto orario previsto nel mese di riferimento

### Il sottoscritto/a manifesta l'adesione al progetto in area a pagamento

| | |
|---|---|
| COGNOME E NOME | |
| MATRICOLA | |
| QUALIFICA | |
| UNITA' OPERATIVA | |
| RECAPITI TELEFONICI | CELLULARE 1° |
| | CELLULARE 2° |

DATA ..... FIRMA.....

**Compilazione A CURA DEL SIPO/AREE GESTIONALI**

- contratto tempo pieno SI ☐ NO ☐
- contratto part time SI ☐ NO ☐
- anzianità di servizio:
  - oltre 6 mesi SI ☐ NO ☐
  - 6 mesi SI ☐ NO ☐
- giudizio di idoneità senza limitazioni/prescrizioni alla mansione o compatibile SI ☐ NO ☐

☐ SI AUTORIZZA ☐ NON SI AUTORIZZA

Il responsabile SIPO/AREA GESTIONALE.....

Il Responsabile del Procedimento: **John Tremamondo**
**tel.+39 02/99430-2056 – 3258 fax +39 02/994303324– e-mail: jtremamondo@asst-rhodense.it**