



ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"

ISTITUTO DIRICOVERO ECUPA A CARATTERE SCIENTIFICO

Viale Orazio Flacco, 65 – 70124 Bari – ITALIA

Prot. n. 7114

Bari, li 08/04/2021

RIAPERTURA TERMINI AVVISO INTERNO

di pronta disponibilità per la formazione di elenchi di personale a tempo indeterminato e determinato da impiegare nell'attività extra-istituzionale di supporto alla campagna vaccinale per i pazienti onco-ematologici

SCADENZA PRESENTAZIONE DOMANDE 13 APRILE 2021

Il presente Avviso è rivolto al personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, inquadrato nei seguenti profili professionali: Dirigente Medico, Infermiere Generico, CPS – Infermiere, Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) e personale dei profili del Ruolo amministrativo per le attività di supporto amministrativo.

Requisiti di partecipazione

Possono partecipare i dipendenti con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato appartenenti ai suddetti profili e ruoli che sono stati sottoposti a vaccinazione per la prevenzione del virus COVID-19.

Modalità e termini di partecipazione

I dipendenti interessati devono inviare, **entro il 13 aprile 2021**, mediante mail personale, la propria candidatura all'indirizzo protocollo@oncologico.bari.it, scrivendo nell'oggetto la seguente dicitura "Avviso interno campagna vaccinale onco-ematologici" ed utilizzando il modulo di domanda allegato, ove dichiarare:

- le proprie generalità (cognome, nome, data e luogo di nascita, qualifica ricoperta, Unità operativa di appartenenza);
- di accettare di essere sottoposti a tampone molecolare prima entrare in contatto con l'utenza fragile da sottoporre a vaccinazione;
- autorizzare l'Istituto Tumori di Bari ad utilizzare i propri dati personali per gli adempimenti connessi al presente avviso interno, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Alla suddetta domanda i partecipanti devono allegare un documento di riconoscimento in corso di validità.

I DIPENDENTI CHE HANNO PRESENTATO LA DOMANDA ENTRO IL 7 APRILE 2021 NON DEVONO RIPRESENTARLA.

Formulazione degli elenchi di pronta disponibilità

Le candidature pervenute verranno raccolte in appositi elenchi.

Si precisa che l'obbligo di espletare la propria attività ordinaria di servizio è prevalente rispetto alla partecipazione all'attività extra-istituzionale. Pertanto, il personale convocato per la partecipazione all'attività oggetto del presente avviso, qualora impossibilitato a prendervi parte in quanto impegnato nei turni ordinari di servizio, verrà posto in coda ai suddetti elenchi per essere impiegato mediante successive convocazioni.

Le convocazioni per l'attività oggetto del presente avviso verranno effettuate dalla SSD Servizio delle Professioni Sanitarie a cui rivolgersi per eventuali informazioni (tel. 080.5555026-016 – tel. interni 3026-3016).

Il Commissario Straordinario
Avv. Alessandro Delle Donne

Fac-simile domanda

Al Commissario Straordinario
IRCCS – Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”
Viale Orazio Flacco n. 65
70024 Bari
Email: protocollo@oncologico.bari.it

OGGETTO: Riapertura termini Avviso Interno di pronta disponibilità per la formazione di elenchi di personale a tempo indeterminato e determinato da impiegare nell'attività extra-istituzionale di supporto alla campagna vaccinale per i pazienti onco-ematologici.

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

chiede di poter partecipare alla riapertura dei termini relativa all'Avviso interno per le attività indicate in oggetto.

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

- di essere nato/a a prov. il
- di essere dipendente dell'Istituto Tumori di Bari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, nel profilo professionale di e di essere assegnato alla seguente Unità Operativa
- di avere la seguente anzianità di servizio nelle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale (nella P.A. per il personale del Ruolo amministrativo);
 - Azienda/Ente dal al
 - Azienda/Ente dal al
 - Azienda/Ente dal al
- di essere stato sottoposto/a a vaccinazione anti COVID in data (indicare data seconda dose);
- di essere eventualmente in possesso di certificazione Basic Life Support and Defibrillation (BLS-D) in corso di validità (escluso il personale del ruolo amministrativo), conseguita presso in data
- di accettare di essere sottoposto/a a tampone molecolare prima entrare in contatto con l'utenza fragile da sottoporre a vaccinazione;
- autorizzare l'Istituto Tumori di Bari ad utilizzare i dati personali forniti con la presente domanda per gli adempimenti connessi all'avviso interno, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.;
- di eleggere il proprio domicilio agli effetti di ogni comunicazione relativa al presente avviso ai seguenti recapiti: PEC Email Telefono.....

Allega alla presente domanda fotocopia di valido documento di identità.

Data

Firma.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 del e s. m. i.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ Via _____
_____ codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, di produzione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver conseguito il seguente titolo di studio _____
in data _____ presso _____
con votazione _____ / _____ ;

di aver conseguito il seguente titolo di studio _____
in data _____ presso _____
con votazione _____ / _____ ;

di avere conseguito i seguenti titoli di aggiornamento e qualificazione tecnica (denominazione e tema corsi, convegni, congressi):

Denominazione _____
ente organizzatore _____
data _____ durata _____

Denominazione _____
ente organizzatore _____
data _____ durata _____

Denominazione _____
ente organizzatore _____
data _____ durata _____

Denominazione _____
ente organizzatore _____
data _____ durata _____

data _____

Il Dichiarante

N.B. Allegare copia del documento

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____ Via _____
_____ codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, di produzione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni o strutture private:

Datore di lavoro _____
qualifica _____ disciplina _____ tipo di
rapporto _____ dal _____ al _____ (specificare
eventualmente il numero di ore effettuate);

Datore di lavoro _____
qualifica _____ disciplina _____ tipo di
rapporto _____ dal _____ al _____ (specificare
eventualmente il numero di ore effettuate);

che le seguenti fotocopie allegate alla domanda sono conformi all'originale in mio possesso (denominazione e contenuto del documento):

dichiara inoltre (gli stati, fatti e qualità personali non compresi nelle precedenti voci):

data _____

Il Dichiarante _____