

DOMANDA PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER DIRIGENTI MEDICI E COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI INFERMIERI

Al Direttore Generale dell'AREUS
protocollo generale@pec. areus. sardegna. it

__ sottoscritt __ _____,

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE ATTIVITA' DI ELISOCORSO IN QUALITA' DI COMPONENTE DELL'EQUIPAGGIO HEMS.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1) di essere nat_ a _____ il _____;

2) di essere residente in _____ via _____ n. _____;

3) di essere dipendente dell'Azienda _____ nella posizione funzionale di _____;

4) di essere in possesso di tutti i requisiti specifici di ammissione, ovvero (*barrare la casella d'interesse*):

Per la qualifica di *Dirigente Medico*

- essere dipendenti a tempo determinato e indeterminato nella posizione funzionale di Dirigente Medico o Medico Convenzionato incaricato a tempo determinato o indeterminato per le emergenze territoriali sanitarie (MET) di una Azienda del Sistema Sanitario della Regione Sardegna (ASL, ARNAS Brotzu, AOU di Sassari e AOU di Cagliari, AREUS) o medico dipendente di una struttura di ricovero e cura privata accreditata a contratto con il S.S.R.;
- avere un'età massima di 45 anni;
- prestare servizio nell'ambito del Soccorso Sanitario Emergenza Urgenza pre-ospedaliero (MET), nelle Unità Operative di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Anestesia e Rianimazione, compresa la Cardioanestesia.

Per la qualifica di *Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere*

- essere dipendenti a tempo determinato o indeterminato nella posizione funzionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere di una Azienda del Sistema Sanitario della Regione Sardegna (ASL, ARNAS Brotzu, AOU di Sassari e AOU di Cagliari, AREUS) o infermiere dipendente di una struttura di ricovero e cura privata accreditata a contratto con il S.S.R.;;
- avere un'età massima di 45 anni;

- prestare servizio nell'ambito del Soccorso Sanitario Emergenza Urgenza pre-ospedaliero (MET), nelle Unità Operative di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Anestesia e Rianimazione, compresa la Cardioanestesia.

5) di accettare incondizionatamente le norme previste dall'avviso;

6) che ogni eventuale comunicazione relativa all'avviso dovrà essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) personale: _____;

7) di aver frequentato uno o più corsi di seguito indicati, tra cui anche quelli sottoelencati, nel corso degli ultimi due anni, allegando i relativi attestati di partecipazione (*si precisa che la dichiarazione di partecipazione ai corsi non costituisce requisito d'accesso ma ha mera finalità esplorativa*):

TIPOLOGIA	FREQUENTAZIONE SI/NO	DATA SVOLGIMENTO	DURATA CORSO
BLS			
PBLS			
PEDIATRICO AVANZATO			
ACLS			
TRAUMA BASE			
TRAUMA AVANZATO			
MAXIEMERGENZA			

A tal fine, allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

- Curriculum Formativo-Professionale datato e firmato a pena di esclusione,
- Copia non autenticata di idoneo documento di identità (fronte e retro) in corso di validità;
- Copia attestati di partecipazione ai corsi di cui al punto 7);
- Informativa sul trattamento dei dati personali opportunamente sottoscritta.

Data e luogo _____

Firma _____