

Pubblicazione Sezione Corsi
Scadute: 7 dicembre 2021
ore 23



ASL Lecce

PugliaSalute

SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE

via Miglietta, 5 - 73100 LECCE
C.F e P.IVA 04008300750

RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE

Dot.ssa Barbara GARNERO

**AVVISO ONLINE PER MEDICI NON SPECIALISTI E PENSIONATI PER
LE ESIGENZE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
(attività connesse alla pandemia covid: sorveglianza, tamponi, vaccinazioni etc.)**

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria derivante da COVID - 19, stante la necessità di garantire la prosecuzione della campagna vaccinale

SI DISPONE

di indire un avviso online, per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo (con partita Iva), con scadenza 31 dicembre 2021, ai sensi dell'art. 2 bis, del Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18 e successivi, a medici laureati, abilitati ed iscritti agli ordini professionali.

Possono partecipare al presente avviso coloro che possiedono i seguenti requisiti generali:

- 1) Laurea in Medicina e Chirurgia;
- 2) Abilitazione all'esercizio della professione medica;
- 3) Iscrizione all'Ordine dei Medici da possedere all'atto dell'assegnazione della sede.

Pertanto, tutti gli interessati al conferimento dell'incarico devono manifestare la propria adesione mediante pec indirizzata ad area.personale@pec.asl.lecce.it, compilando ed inviando lo schema di istanza allegato unitamente al documento di riconoscimento in corso di validità, entro 15 giorni dalla pubblicazione del presente avviso riportando nell'oggetto della mail "MEDICI VACCINAZIONE 2021".

Nella persistenza delle esigenze aziendali saranno accettate anche domande pervenute oltre il termine indicato.

Le assegnazioni saranno stabilite dalla Direzione Strategica Aziendale.

I partecipanti dovranno sopperire ad evidenti criticità operative, ed assicurare l'inizio dell'attività, inderogabilmente, entro una settimana dalla chiamata dell'Azienda.

Gli incarichi saranno conferiti sulla base dell'ordine cronologico delle istanze pervenute.

Il compenso orario viene fissato in € 40,00/ora.

Il Direttore Amministrativo
(Dott. Antonio Pastore)

Il Direttore Generale
(Dott. Rodolfo Rollo)

Il Direttore Sanitario
(Dott. Roberto Carlà)

Al Direttore Generale della
ASL LECCE
Via Miglietta, 5 - 73100 Lecce

**OGGETTO: MEDICI VACCINAZIONE 2021 - richiesta di partecipazione avviso online per
MEDICI NON SPECIALISTI E PENSIONATI PER LE ESIGENZE DEL DIPARTIMENTO DI
PREVENZIONE
(attività connesse alla pandemia COVID: Sorveglianza, Tamponi, Vaccinazioni etc.)**

Il /la sottoscritto/a _____
CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso di cui all'oggetto.

A tal fine, ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 /00, nonché consapevole, secondo quanto previsto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445/00, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara quanto segue:

1. di essere nato/a a _____ il _____
2. di essere residente in _____ Prov. _____ CAP _____
alla Via _____ n. _____;
3. CODICE FISCALE _____;
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno dei paesi dell'Unione Europea;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (1);
6. di godere dei diritti civili e politici;
7. di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso (2);
8. di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
9. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione;
10. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
11. di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali forniti, ai sensi della Legge 30/12 / 2003 n. 196;
12. di accettare tutte le clausole previste dal bando.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente AVVISO deve essere fatta al seguente indirizzo:
Via _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. n. _____ Indirizzo Pec _____

impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara, altresì, di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Data _____

FIRMA

1. In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi;
2. In caso contrario indicare le condanne penali riportate o procedimenti penali pendenti;