

RIAPERTURA TERMINI PER L'AVVISO INTERNO PROT. 551 DIP 110923

PER IL PERSONALE DELL'ASL ROMA 5

Vista la deliberazione aziendale n° 1132 del 15/06/2023 avente per oggetto "Determinazione Regione Lazio n. g10648 del 14.09.2021 - presa d'atto piano attuativo aziendale - gla e finanziamento regionale screening HCV pari ad euro 714.599,71";

con il presente avviso si richiede la disponibilità del **Personale infermieristico (attivo presso i centri prelievo attivi per lo Screening HCV) e tecnici di laboratorio**, a svolgere la propria attività professionale per la realizzazione del progetto di Screening HCV Opportunistico. Il progetto prevede:

- l'offerta attiva del test di screening ed esecuzione del prelievo agli utenti che si recano presso i centri prelievo per altri motivi, nati tra il 1969 ed il 1989, residenti nel territorio ASL Roma 5 e che non abbiano già eseguito un test della stessa campagna di screening.
- l'analisi laboratoristica del campione e l'inserimento in piattaforma SIPS0web.

Il personale che opererà alla realizzazione di quanto deliberato svolgerà la propria attività professionale durante l'orario di servizio, come autorizzato dalla Direzione Sanitaria Aziendale e riportato nella procedura operativa allegata, con retribuzione quantificata sul numero di test eseguiti e rendicontati.

Le domande dovranno essere inoltrate via e-mail: sisp@aslroma5.it, entro e non oltre il 30 Marzo 2024 usando il modulo allegato debitamente compilato. Il personale interessato dovrà acquisire preventivamente il nulla osta del coordinatore infermieristico preposto in calce alla domanda.

Per quanto non espressamente previsto nel presente avviso si fa riferimento alle vigenti disposizioni di legge.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Dr. Giuseppe MURATORE

Oggetto: domanda per avviso interno come da delibera 1132 n°1132 del 15/06/2023 avente per oggetto "Determinazione regione Lazio n. g10648 del 14.09.2021 - presa d'atto piano attuativo aziendale - gla e finanziamento regionale screening HCV pari ad euro 714.599,71"

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente a

Codice Fiscale

Matricola

Cell. e-mail

Inquadrato come:

☐ Infermiere Professionale

☐ Tecnico di laboratorio

dà la propria disponibilità

a svolgere la propria attività professionale prevista dai termini su indicati durante l'orario di servizio per la realizzazione del progetto di screening HCV.

Il/la sottoscritto/a dà il proprio assenso al trattamento dei dati personali, che verranno utilizzati per i fini connessi all' espletamento della presente procedura selettiva.

Data

Firma

.....

Nulla osta

Il Coordinatore infermieristico
