

Oggetto: manifestazione di interesse per prestare volontariamente e gratuitamente prestazioni professionali per l'attuazione del piano di somministrazione dei vaccini anti -Sars-Cov2 e per attività di contact tracing presso l' A.S.L. NO di Novara (COD n. 1/VOL)

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere iscritto nell'elenco di personale volontario medico e sanitario disponibile ad integrare l'organico dei punti vaccinali aziendali e dell'attività di contact tracing.

PROFESSIONE DI APPARTENENZA:

- MEDICO INFERMIERE ASSISTENTE SANITARIO

PERSONALE PENSIONATO

- SI
 NO (indicare attuale professione:

_____)

DISPONIBILE AD EFFETTUARE PER UNA DURATA MINIMA DI 3 MESI N. _____ NUMERO DI TURNI DI LAVORO SETTIMANALI di 6 ore (dal lunedì alla domenica) presso le seguenti sedi vaccinali (barrare la sede di interesse):

- Distretto AREA NORD: Borgomanero e Arona
 Distretto AREA SUD : Novara e Trecate

L'attività di contact tracing è svolta presso la sede di Novara

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni in caso di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in Via _____ n. _____;
2. di essere in possesso della cittadinanza _____(1);
3. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____(2);
4. di avere il seguente codice fiscale _____;
5. di possedere l'idoneità fisica per ricoprire l'incarico volontario: SI' NO
6. di aver riportato condanne penali: SI' NO in caso positivo, quali:

7. di avere procedimenti penali in corso: SI' NO in caso positivo, quali:

8. di essere stato destituito dai pubblici uffici: SI' NO
9. di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana;
10. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:
 - a) titolo di studio: _____ conseguito presso _____, nell'anno _____;

b) iscrizione all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di _____

dal _____;

11. di essere in possesso di idonea polizza assicurativa per responsabilità per colpa grave.

12. di aver svolto la seguente attività professionale:

13. di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e di studio (specializzazioni, master...), oltre a quelli indicati al punto 10):

14. di essere consapevole che la presentazione della presente domanda e l'eventuale collaborazione fornita non dà titolo ad alcun compenso o diritto nei confronti dell'A.S.L. NO di Novara

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni (D.Lgs. 101/2018), ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Chiede che ogni comunicazione venga fatta ai seguenti recapiti di posta elettronica / cellulare:

Indirizzo di posta elettronica: _____

Recapito Cellulare: _____

Data _____ firma _____

Allegati:

1) documento di identità valido.