

AVVISO INTERNO

RISERVATO AL PERSONALE **TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO** DEL POLICLINICO TOR VERGATA, PER L'EVENTUALE AMMISSIONE ALL'EFFETTUAZIONE DI ATTIVITA' EXTRAORARIA REMUNERATA **COME PRESTAZIONE AGGIUNTIVA IN TURNO NOTTURNO PRESSO PRONTO SOCCORSO** PER LA PROCESSAZIONE DI TEST DI SCREENING ANTIGENICO COVID19 DI **TERZA GENERAZIONE**

E' intenzione di questa Direzione avviare una procedura finalizzata alla selezione di **PERSONALE DIPENDENTE TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO** da adibire all'effettuazione di **attività extraoraria, remunerata come prestazione aggiuntiva, presso il Pronto Soccorso per la processazione di test di screening Antigenico Covid19 di TERZA GENERAZIONE.**

REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE ALL'AVVISO

In considerazione della peculiarità dell'attività in parola, l'ammissione all'attività extraoraria è **riservata ai dipendenti del Policlinico Tor Vergata in possesso dei requisiti specifici di seguito indicati:**

Requisiti necessari per l'accesso all'attività extraoraria da parte di TUTTI CANDIDATI:	
QUALIFICA di appartenenza	Tecnico Sanitario Di Laboratorio Biomedico
NATURA RAPPORTO	Personale dipendente a tempo determinato e indeterminato
TIPO RAPPORTO E PROFILO ORARIO	a tempo pieno e che non beneficiano di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione a qualsiasi titolo dell'orario di lavoro

Requisiti:

- a) essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno da almeno tre mesi;
- b) non beneficiare, nel mese in cui è richiesta la prestazione aggiuntiva, di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione, a qualsiasi titolo, dell'orario di servizio
- c) formazione e completa autonomia di utilizzo della strumentazione dedicata al test Antigenico di 3° generazione e validazione tecnica dello stesso

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

I dipendenti in servizio, in possesso dei requisiti previsti, interessati all'eventuale erogazione dell'attività extraoraria descritta, possono presentare **domanda di partecipazione** utilizzando il **modulo allegato**, reperibile presso la Direzione Professioni Sanitarie Area Tecnica.

La domanda di partecipazione, dovrà essere consegnata a mano, **entro il giorno 14 febbraio 2023**, presso l'Ufficio Coordinamento Tecnico Microbiologia e Virologia Clinica, stanza n° 53, dalle ore 09:00 alle ore 13:00

VERIFICA REQUISITI SPECIFICI, VALUTAZIONE E REDAZIONE ELENCO IDONEI

In esito alla presentazione delle domande si procederà alla verifica del possesso dei requisiti specifici, alla valutazione del personale interessato mediante applicazione degli specifici criteri preferenziali di seguito indicati, alla redazione dell'elenco degli idonei.

L'elenco degli idonei sarà disponibile presso l'ufficio del Coordinamento Tecnico presso il Laboratorio di Biochimica Clinica.

L'accesso dei dipendenti all'esercizio dell'attività extraoraria prevista dal progetto sarà attivato secondo l'ordine riportato in elenco. E' facoltà dell'Amministrazione procedere allo scorrimento dell'elenco degli idonei per tutta la durata del Progetto, fino al raggiungimento delle unità previste.

A parità di possesso dei requisiti specifici di ammissione, saranno valutati i seguenti **criteri preferenziali, nell'ordine indicato, che determineranno la precedenza in elenco:**

1	Esperienza lavorativa inerente diagnosi Sars-Cov2
2	Formazione e autonomia di utilizzo delle strumentazioni per esecuzione test Antigenico Covid19 3° generazione in adozione dall'Azienda
3	Prestare servizio con profilo orario h 24
4	Prestare servizio con profilo orario h 12

MODALITA' DI ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' EXTRAORARIA

L'attività extraoraria **dovrà essere resa in regime libero professionale ed al di fuori dell'impegno di servizio**, ed è da considerarsi aggiuntiva rispetto a quella prevista per il rapporto di lavoro subordinato. Tale attività è assimilata, ancorché resa all'amministrazione di appartenenza, al lavoro subordinato, ai soli fini fiscali e contributivi ivi compresi i premi e i contributi versati all'I.N.A.I.L. ex art. 1 c. 2 u.p. Legge 1/2002.

A garanzia della qualità dell'assistenza e a tutela degli stessi operatori, la somma delle ore di attività extraoraria individuale non dovrà superare un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.

I turni di attività extraoraria dovranno essere comprovati mediante il terminale di rilevazione delle presenze **anteponendo alla timbratura il codice numerico relativo in entrata ed in uscita.**

La tariffa oraria lorda fissata per i **giorni feriali € 25,00 (venticinque/00)**, per i **giorni di sabato, domenica o festivo infrasettimanale è di € 30,00 (trenta/00).**

COORDINAMENTO DELL'ATTIVITÀ EXTRAORARIA RELATIVA AL PROGETTO

Le disposizioni relative alla modalità di esercizio dell'attività extraoraria da parte del personale sanitario saranno impartite dal Dirigente delle Professioni Sanitarie Dr. Paolo Casalino, o suo delegato.

NORME FINALI

Al presente avviso sarà data la più ampia diffusione a tutto il personale dipendente.

Roma, 06 febbraio 2023

Dirigente Professioni Sanitarie
Dott. Paolo Casalino

DOMANDA DI AMMISSIONE

ALL'AVVISO INTERNO RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE **TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO** DEL POLICLINICO TOR VERGATA PER L'EVENTUALE AMMISSIONE ALL'EFFETTUAZIONE DI ATTIVITA' EXTRAORARIA REMUNERATA COME PRESTAZIONE AGGIUNTIVA PER ESECUZIONE DI TEST DI SCREENING ANTIGENICO COVID19 DI TERZA GENERAZIONE, TURNO NOTTURNO, PRESSO IL PRONTO SOCCORSO.

Policlinico Tor Vergata
ca. Direzione Professioni Sanitarie e Sociali
Area tecnica

Il/La sottoscritto/a **COGNOME** _____ **NOME** _____

CELL. _____

e-mail: _____ **@** _____

DIPENDENTE DEL POLICLINICO TOR VERGATA, in servizio presso: _____

(N.B. scrivere stampatello CHIARO e LEGGIBILE perché le comunicazioni avverranno esclusivamente via mail)

CHIEDO:

DI ESSERE AMMESSO ALL'AVVISO INTERNO RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE **TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO** DEL POLICLINICO TOR VERGATA PER L'EVENTUALE AMMISSIONE ALL'EFFETTUAZIONE DI **ATTIVITA' EXTRAORARIA REMUNERATA COME PRESTAZIONE AGGIUNTIVA** PER **ESECUZIONE DI TEST DI SCREENING ANTIGENICO COVID19 DI TERZA GENERAZIONE, TURNO NOTTURNO, PRESSO IL PRONTO SOCCORSO CON CODICE TIMBRATURA 90.**

ai sensi degli artt. 46/47 D.P.R. 445 e smi, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE:

DI ESSERE DIPENDENTE DEL POLICLINICO TOR VERGATA DAL:	
CON QUALIFICA DI:	
NATURA RAPPORTO ¹ :	
ATTUALMENTE ASSEGNATO/A PRESSO ² :	

FORMAZIONE ED UTILIZZO AUTONOMO DI STRUMENTO AG 3° GENERAZIONE	
ESPERIENZA LAVORATIVA INERENTE DIAGNOSI SARS-COV2	
TURNAZIONE H24 ³	
TURNAZIONE H12/H6 ³	
DI NON BENEFICIARE DI ISTITUTI NORMATIVI/CONTRATTUALI CHE COMPORTINO LA RIDUZIONE DELL'ORARIO DI LAVORO ⁴	

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA ALTRESÌ DI ACCETTARE SENZA RISERVA LE CONDIZIONI E LA DISCIPLINA DI CUI ALL'AVVISO INTERNO.

Luogo e data _____

In fede

¹ Indicare se a tempo indeterminato o a tempo determinato

² Indicare attuale struttura di assegnazione

³ Barrare tipologia di turnazione

⁴ Barrare requisito accesso