AVVISO INTERNO

DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTO AL PERSONALE INFERMEIRISTICO PER L'INDIVIDUAZIONE DI PERSONALE IN POSSESSO DEL MASTER IN STOMATERAPIA

Si porta a conoscenza del personale infermieristico in servizio presso il PTV con rapporto di lavoro di natura subordinata che è attivata procedura di manifestazione interna riservata al personale Infermieristico in possesso del **Master di I livello in Stomaterapia**, ovvero in Assistenza Sanitaria a Pazienti Stomizzati, o titolo equipollente, per l'eventuale ricollocazione funzionale alle attività consulenziali e/o ambulatoriali specialistiche.

Si invita pertanto il personale interessato a produrre presso il protocollo generale, entro e non oltre il settimo giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso, pena l'esclusione, formale domanda di partecipazione alla procedura di che trattasi, redatta sull'apposita modulistica prevista dalla vigente procedura aziendale (DI_MOD-RTR Rev 8; barrare Ambulatori Infermieristici).

In esito alla presentazione delle domande si procederà alla valutazione del personale interessato mediante l'applicazione dei criteri preferenziali di seguito indicati.

I **criteri preferenziali, nell'ordine indicato, determineranno la precedenza in elenco**:

1	**Anzianità di servizio totale**
2	**Prescrizioni/limitazioni del medico competente**

La redazione dell'elenco degli idonei permetterà alla Direzione Infermieristica, in base alle specifiche necessità aziendali, di soddisfare all'uopo le esigenze organizzative.

Al presente avviso sarà data la più ampia diffusione mediante notifica all'Area delle Professioni sanitarie e alle Strutture interessate, per consentire la diffusione dello stesso nei confronti del personale dipendente.

Roma, 22/10/2026

Direttore Area Professioni Sanitarie e Sociali
(F.to) Dr. Alessandro Sili



PTV Azienda Ospedaliera Universitaria POLICLINICO TOR VERGATA	**RICHIESTA DI TRASFERIMENTO**	DI_MOD-RTR REV. 8 del 05/06/2026
APPS: Area delle Professioni Sanitarie e Sociali		

Alla UOC
Direzione Infermieristica
SEDE

Il/La sottoscritto/a _____dipendente di codesta

Azienda dal ___/ ___/ _____e in servizio presso l'U.O. di _____,

In qualità di:

☐ Infermiere/a

☐ Operatore Socio Sanitario

Consapevole che **l'assegnazione del personale è al Dipartimento/Area/Servizio e non alla specifica Unità Operativa,**

CHIEDE

<u>indicando con una croce il trasferimento presso</u>:

- ☐ Dipartimento Scienze Chirurgiche
- ☐ Area di Cardiochirurgia
- ☐ Dipartimento Scienze Mediche
- ☐ Dipartimento del benessere della salute mentale e neurologica e organi sensoriali
- ☐ Dipartimento di Oncoematologia
- ☐ Area di Cardiologia
- ☐ Dipartimento Emergenza e Accettazione
- ☐ Blocco Operatorio
- ☐ Area Funzionale Diagnostica per Immagini
- ☐ Servizi Ambulatoriali
- ☐ Pronto Soccorso Odontoiatrico
- ☐ Radioterapia
- ☐ Ambulatori Infermieristici
- ☐ Servizio di Nefrologia e Dialisi
- ☐ Terapia Intensiva
- ☐ Ospedale di Comunità

In fede

_____

N.B. La presente richiesta avrà una validità di 24 mesi

*In caso di **rinuncia** inviare una mail all'indirizzo <u>dips@ptvonline.it</u>, pena l'assegnazione d'ufficio al Servizio richiesto.*