

AVVISO PER ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE FINALIZZATA ALL'EFFETTUAZIONE DI ATTIVITÀ EXTRAORARIA, REMUNERATA COME PRESTAZIONE AGGIUNTIVA PER L'INCREMENTO DELLA RACCOLTA DI UNITA' DI SANGUE SUL TERRITORIO PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'AUTOSUFFICIENZA REGIONALE

VISTO il progetto per l'incremento della raccolta di unità di sangue sul territorio per il raggiungimento dell'autosufficienza regionale;

IN CONSIDERAZIONE dell'obiettivo per assicurare la piena collaborazione alle Associazioni di Volontariato per effettuare le raccolte di sangue sul territorio e contribuire a ridurre la carenza di sangue, soprattutto nel periodo estivo;

CONSIDERATO NECESSARIO procedere all'individuazione di unità di personale medico in grado di soddisfare tale esigenza;

SI EMANA IL PRESENTE AVVISO

Art. 1

OGGETTO DELL'AVVISO

Il presente avviso è finalizzato all'individuazione di unità di personale medico dipendente del Policlinico.

Art. 2

MODALITA' DI ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' AGGIUNTIVA

L'attività extraoraria dovrà essere resa al di fuori dell'impegno di servizio ed è da considerarsi aggiuntiva rispetto a quella prevista per il rapporto di lavoro istituzionale. La tariffa oraria lorda è fissata in € 60,00 (sessanta) e la liquidazione dei compensi sarà calcolata sulla base delle effettive prestazioni erogate.

I turni di attività dovranno essere comprovati mediante timbratura dedicata

Art. 3

AVENTI TITOLO A PRESENTARE LA MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Alla presente procedura può partecipare tutto il personale medico universitario strutturato presso il PTV, i medici convenzionati ai sensi dell'ACN del 31.03.2020 e i dirigenti medici del SSN, che prestano servizio presso il PTV e in esclusività di rapporto.

Art. 4

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Gli interessati sono invitati a voler presentare la manifestazione d'interesse presso l'Ufficio protocollo del PTV dalle ore 09.00 alle 13.00.

Per la MANIFESTAZIONE D'INTERESSE deve essere utilizzato il modello allegato.

Art. 5

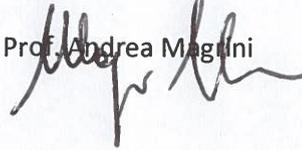
VALUTAZIONE

IL Direttore della U.O.S.D. Medicina Trasfusionale procederà, in tempi brevi, all'autorizzazione delle prestazioni in oggetto, a seguito della valutazione delle manifestazioni d'interesse presentate.

Addì, 3/01/2024

Il Direttore Sanitario f.f.

Prof. Andrea Magliani

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andrea Magliani', written over the printed name.

Policlinico Tor Vergata

Sede

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

CELL. _____ **e-mail:** _____ **@** _____

In servizio presso il PTV quale medico (universitario/convenzionato/dirigente), specialista in

_____ presso la seguente struttura _____

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

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALL'AVVISO INTERNO PER L'EVENTUALE AMMISSIONE ALL'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI
PER L'INCREMENTO DELLA RACCOLTA DI UNITA' DI SANGUE SUL TERRITORIO PER IL RAGGIUNGIMENTO
DELL'AUTOSUFFICIENZA REGIONALE
A TAL FINE, ai sensi degli artt. 46/47 D.P.R. 445 e s.m.i, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e mendaci

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

Luogo e data _____

In fede _____