

AVVISO PER LA CREAZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI DISPONIBILI, IN FORMA INDIVIDUALE O ASSOCIATA, A PRESTARE GRATUITAMENTE PRESTAZIONI PROFESSIONALI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI-SARS-COV-2 O ALTRE ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE NEL PERIODO DI EMERGENZA COVID

PRESSO L'A.S.L.CN2 ALBA BRA

L'attuale fase di emergenza rende necessario richiedere il contributo del volontariato, sia in forma singola sia associata, mediante la messa a disposizione delle aziende sanitarie piemontesi di personale, anche in quiescenza, da impiegare nell'attività vaccinale ed in altre attività di supporto dalle stesse espressamente individuate (effettuazione tamponi rapidi, consegna farmaci ecc.);

Requisiti di ordine generale: - Le prestazioni saranno rese, in forma singola o associata, da cittadini italiani nel pieno godimento dei diritti civili e politici. Potranno presentare la propria candidatura anche i cittadini di Paesi dell'Unione europea e cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea, purché in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità che godano dei diritti civili e politici nel proprio Stato di appartenenza.

Requisiti specifici:

Requisiti di ordine professionale per i medici:

a) laurea in medicina e chirurgia; b) abilitazione all'esercizio della professione; c) iscrizione al competente ordine professionale.

Requisiti di ordine professionale per gli infermieri:

a) laurea in Infermieristica, ovvero diploma universitario conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.lgs. n. 502/1992, ovvero diplomi e/o attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario conseguito ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi; b) iscrizione al competente ordine professionale.

Requisiti di ordine professionale per gli assistenti sanitari:

a) laurea in Assistenza Sanitaria, ovvero Diploma Universitario di Assistente Sanitario conseguito ai sensi del D.M. n. 69 del 17.01.1997 ovvero diplomi e/o attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario conseguito ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi; b) iscrizione al competente ordine professionale.

Requisiti per il personale di supporto:

Il personale di supporto (amministrativo, socio-sanitario, tecnico) dovrà avere le competenze ed i requisiti necessari per lo svolgimento della mansione affidata (conoscenza informatica di base, patente di guida ecc.)

Il personale che presta attività di volontariato in forma associata dovrà possedere i medesimi requisiti. L'Associazione dovrà essere iscritta al Registro unico del terzo settore (o aver presentato l'istanza di iscrizione) o ad altro registro, ove previsto.

Ai sensi dell'art. 17, 3° comma del D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, può essere riconosciuto al volontario, in forma singola o associata, il rimborso di spese documentate e preconcordate.

Ai sensi dell'art 18 del medesimo decreto, è prevista un'assicurazione obbligatoria a favore del volontario contro malattie, infortuni e responsabilità civile verso terzi, con oneri a carico dell'amministrazione che stipula la convenzione

Rimane a carico del volontario la copertura assicurativa per colpa grave.

I volontari impiegati verranno adeguatamente formati dall'Azienda utilizzatrice per le specifiche attività previste e saranno sottoposti, qualora lo richiedano, a somministrazione di vaccino anti SARS-COV-

Le prestazioni saranno definite mediante accordo con la singola azienda utilizzatrice e potranno riguardare la messa a disposizione sia di personale, sia di mezzi (locali, veicoli ecc.).

Definizione dell'elenco

Gli interessati potranno richiedere l'iscrizione all'elenco compilando l'allegato modello di domanda.

LA MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE può essere resa presentandosi al Comune di Guarene – Piazza Roma, 6 dal martedì al sabato dalle ore 08.30 alle ore 12.15 presso l'Ufficio protocollo o via mail segreteria@guarene.it

Il presente avviso non ha scadenza e rimane aperto per tutto il perdurare dell'emergenza.

Il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D.lgs. 19 settembre 2018 n. 101 e dal Regolamento UE 2016/679; i dati personali saranno raccolti presso la struttura competente dell'azienda sanitaria utilizzatrice per l'eventuale svolgimento dell'attività e per le finalità inerenti la gestione della medesima.

AVVISO PER LA CREAZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI DISPONIBILI, IN FORMA INDIVIDUALE O ASSOCIATA, A PRESTARE GRATUITAMENTE PRESTAZIONI PROFESSIONALI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI-SARS-COV-2 O ALTRE ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE NEL PERIODO DI EMERGENZA COVID

PRESSO L'A.S.L.CN2 ALBA BRA

Il/La _____ sottoscritto/a _____ o _____ il _____ Rappresentante dell'Associazione _____ chiede di essere iscritto nell'elenco di personale volontario disponibile a:

- integrare l'organico dei punti vaccinali aziendali.
- prestare la seguente attività di supporto al CVP istituito presso CVP con sede a Priocca comprensivo dei comuni di Guarene, Castagnito, Magliano Alfieri, Govone, Priocca e Castellinaldo

PROFESSIONE DI APPARTENENZA DEL PERSONALE VOLONTARIO:

- MEDICO (n.)
- INFERMIERE (n.)
- ASSISTENTE SANITARIO (n.)
- ALTRO PERSONALE (specificare:_____)

EVENTUALI BENI MESSI A DISPOSIZIONE (LOCALI, VEICOLI ECC.)

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., il volontario/il rappresentante dell'Associazione dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni in caso di dichiarazioni non veritiere:

. di essere in possesso (o che i volontari associati sono 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 _____;

c) requisiti diversi:

Le aziende sanitarie utilizzatrici effettueranno i controlli in merito al possesso dei requisiti previsti dall'avviso in relazione alle prestazioni richieste.

Riferimenti del volontario o dell'Associazione

_____ indirizzo _____

tel. _____ mail _____ pec _____

Data _____

Firma _____

- **Allegare documento d'identità in corso di validità.**