



AVVISO PUBBLICO

CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS- COV-2

AVVISO PUBBLICO PER LA CREAZIONE DI UN ELENCO DI PERSONALE MEDICO-SANITARIO VOLONTARIO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI SARS-COV-2.

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione della COVID-19 e alla campagna vaccinale anti SARS-COV-2, questa ATS, su mandato della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, emette il presente avviso pubblico volto alla creazione di un elenco di volontari disponibili a prestare attività finalizzate all'attuazione del piano di somministrazione dei vaccini presso le ASST facenti parte del territorio di competenza di ATS Brescia: ASST Franciacorta - ASST Garda - ASST Spedali Civili (è possibile scegliere anche più di una ASST).

Le figure professionali richieste devono essere in possesso dei requisiti di legge per l'esercizio della professione sanitaria seguente:

- **MEDICO**
- **INFERMIERE**
- **OSTETRICA**
- **ASSISTENTE SANITARIO**

Il presente avviso è rivolto al personale in possesso dei relativi titoli abilitativi e regolarmente iscritti al rispettivo albo professionale tenuto dal rispettivo Ordine professionale, per i profili professionali di cui sopra, **compreso il personale in quiescenza.**

Il personale interessato darà la propria disponibilità minima quantificata in un turno/giornata per accesso, per un periodo complessivo di impegno non inferiore a 3 mesi.

Si precisa che detti professionisti dovranno individuare le ASST di riferimento presso la quale svolgere la propria attività di volontariato tra quelle indicate nella domanda, al fine di permettere una adeguata organizzazione dei turni di lavoro alla ASST prescelta. Inoltre dovranno preventivamente comunicare, nel modulo allegato al presente avviso, il/i giorni della settimana disponibili per l'attuazione del piano di somministrazione dei vaccini, compresi sabato, domenica e festivi.

La ATS di Brescia, alla scadenza dell'avviso, verificherà le autocertificazioni compilate dagli interessati, attestanti i requisiti professionali richiesti, e predisporrà appositi elenchi in base alle destinazioni ed alle disponibilità rilevate ordinando le maggiori disponibilità di giornate settimanali (giornate complessive per tutte e tre le ASST) a scalare. In caso di parità di collocazione, verrà data priorità in ordine di età crescente (dal più giovane al meno giovane).

Le ASST provvederanno direttamente al reclutamento del personale inserito negli elenchi predisposti da ATS Brescia, in ragione delle loro necessità. Al di là della fase di formazione degli elenchi e della verifica, anche a campione, dei titoli dichiarati, non intercorrerà alcun rapporto tra l'ATS di Brescia e il volontario.

Il personale, che manifesterà la propria adesione al presente avviso, verrà adeguatamente formato dalla ASST prescelta, per le specifiche attività previste e, su richiesta dall'interessato, provvederà a somministrare il vaccino anti SARS-COV-2.

Sarà, inoltre cura della ASST stipulare con il professionista specifico atto relativo alle prestazioni di volontariato, al fine di disciplinare i rapporti tra le parti, garantendo specifica copertura assicurativa, per lo svolgimento delle attività vaccinali.

Le attività rese dal personale medico-sanitario, che aderirà al presente avviso, **saranno svolte a totale titolo gratuito**. La ASST di riferimento potrà prevedere la corresponsione al professionista di un rimborso spese.

Come presentare domanda

La domanda, debitamente compilata e firmata, **dovrà essere presentata unicamente all'indirizzo mail volontarivaccinazionecovid19@ats-brescia.it**, unitamente alla copia del proprio documento di identità e al Curriculum Vitae.

Scadenza

Gli interessati dovranno inviare la propria adesione alla suddetta e-mail entro il giorno **03.02.2021**. Eventuali domande pervenute successivamente a tale data saranno tenute in considerazione e inserite in un apposito elenco aperto, che verrà periodicamente aggiornato e trasmesso alle ASST.

Informativa Privacy

Ai sensi del regolamento (U.E.) 2016/679, si informa che:

- tutti i dati personali (compresi quelli relativi a dati particolari, condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- i dati personali dei quali ATS viene in possesso – in quanto forniti dall'interessato o acquisiti presso le amministrazioni certificanti le informazioni oggetto di dichiarazione sostitutiva – saranno comunicati alle ASST per le finalità connesse alla formazione di elenchi di volontari per la somministrazione del vaccino anti sars cov 2;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia (Sede Legale: Viale Duca degli Abruzzi, 15 - 25124 – Brescia) Tel. 030/38381;
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, al seguente recapito PEC protocollo@pec.ats-brescia.it, in conformità al Regolamento pubblicato sul sito internet dell'Agenzia www.ats-brescia.it nella sezione Privacy ;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: www.ats-brescia.it nella sezione Privacy.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi al Servizio Gestione Personale e Sviluppo Professionale – tel. 030/3838253 – 030/3838387.

Firmato digitalmente dal
DIRETTORE GENERALE
Dott. Claudio Vito Sileo

AL DIRETTORE GENERALE
AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE
DI BRESCIA
VIALE DUCA DEGLI ABRUZZI N. 15
25124 - B R E S C I A

OGGETTO: **Domanda di partecipazione all'avviso pubblico volto alla creazione di un elenco di volontari disponibili a prestare attività finalizzate all'attuazione del piano di somministrazione dei vaccini presso le ASST fecenti parte del territorio di competenza di ATS Brescia.**

Il/La sottoscritto/a
(cognome) (nome)
chiede

di partecipare all'avviso pubblico in oggetto, **per le seguenti ASST** (è possibile scegliere una o più ASST) del territorio di competenza di ATS Brescia:

- ASST Franciacorta
- ASST Garda
- ASST Spedali Civili

Indicare la disponibilità per la/le seguenti giornate (disponibilità minima di 3 mesi) :

- Lunedì
- Martedì
- Mercoledì
- Giovedì
- Venerdì
- Sabato
- Domenica.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dagli articoli 75 "Decadenza dei benefici", 76 "Norme penali" del D.P.R. n. 445/2000, nonché di quanto prescritto dall'articolo 496 "False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o di altri" del Codice Penale per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità, **dichiara**, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

1. di essere nato/a nel seguente Stato.....
Comune di nascita.....(Prov.....) il...../...../.....

2. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (*barrare solo la casella di interesse*):

per il medico:

- Diploma di Laurea in "Medicina e Chirurgia" (di cui agli ordinamenti non ancora riformulati ai sensi del decreto ministeriale n. 509 del 1999)
- Laurea Specialistica (LS) nella "Classe delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia" CLS-46/S (D.M. 28.11.2000 e D.M. 12.04.2001)
- Diploma di Laurea Magistrale (D.M. 270/2004) nella classe LM- 41 "Medicina e Chirurgia"

conseguito in data/...../..... presso
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Diploma di specializzazione in

conseguito in data/...../..... presso
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Nel caso in cui il titoli di studio risulti conseguito all'estero allegare il provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano.

per l'infermiere:

Diploma di **Laurea nella professione sanitaria di infermiere** (SNT/1 delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche) conseguito in data/...../..... presso.....
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Diploma Universitario di **Infermiere** conseguito ai sensi dell'art.6, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 in data/...../..... presso
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Diploma di **Infermiere** conseguito ai sensi del pregresso ordinamento in data/...../..... presso.....
riconosciuto equipollente, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'accesso dell'esercizio dell'attività professionale.

Attestato di **Infermiere** conseguito ai sensi del pregresso ordinamento in data/...../..... presso
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)
riconosciuto equipollente, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'accesso dell'esercizio dell'attività professionale.

Nel caso in cui il titoli di studio risulti conseguito all'estero allegare il provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano.

per l'ostetrica:

Diploma di **Laurea nella professione sanitaria di ostetrica** (SNT/1 delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche) conseguito in data/...../..... presso.....
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Diploma Universitario di **Ostetrica** conseguito ai sensi dell'art.6, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 in data/...../..... presso
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Diploma di **Ostetrica** conseguito ai sensi del pregresso ordinamento in data/...../..... presso.....

riconosciuto equipollente, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'accesso dell'esercizio dell'attività professionale.

Attestato di **Ostetrica** conseguito ai sensi del pregresso ordinamento in data/...../..... presso
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

riconosciuto equipollente, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario ai fini dell'accesso dell'esercizio dell'attività professionale.

Nel caso in cui il titoli di studio risulti conseguito all'estero allegare il provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio italiano.

per l'assistente sanitario:

Diploma di **Laurea in Assistenza Sanitaria** (SNT/4 delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione) conseguito in data/...../..... presso.....
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Diploma Universitario di **Assistente Sanitario** conseguito ai sensi del D.M. n. 69 del 17.1.1997 in data/...../..... presso.....
(denominazione completa ed indirizzo dell'istituto di conseguimento)

Nel caso in cui il titoli di studio risulti conseguito all'estero allegare il provvedimento ministeriale di riconoscimento di equipollenza al corrispondente titolo di studio.

3. di essere anagraficamente residente nel seguente Stato:.....
Comune di residenza..... (Prov.....)
capVia..... n.....

4. che i propri recapiti sono i seguenti:
indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC).....
indirizzo di Posta Elettronica
TelefonoCellulare.....

5. che il proprio codice fiscale è

6. di possedere (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):
 la cittadinanza italiana
oppure
 la cittadinanza del seguente Stato dell'Unione Europea:.....
oppure
 la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.**:.....
titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

e di essere altresì **familiare** (indicare vincolo di parentela.....)

del seguente cittadino membro dell'UE:

cognome.....
nome.....
luogo di nascita.....stato estero di
nascita.....
data di nascita.....
Stato di residenza anagrafica

indirizzo di residenza anagrafica

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.:**.....
titolare del seguente **permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo**
(indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.:**.....
titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "rifugiato"**
(indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

oppure

la cittadinanza del seguente **Paese terzo all'U.E.:**.....
titolare del seguente permesso di soggiorno rilasciato per lo **status di "protezione sussidiaria"**
(indicare gli estremi del permesso di soggiorno che si allega in copia, prodotta ai sensi dell'articolo 19 del D.P.R. n. 445/2000):

Questura di.....permesso di soggiorno n.....
rilasciato il...../...../..... e scadente il...../...../.....

7. di essere (**barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata**):

iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....(Prov.....)

ovvero

non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi.....

ovvero

iscritto/a nelle liste elettorali nel seguente Stato estero, come da dichiarazione rilasciata dal competente ufficio dello Stato estero, che si allega alla presente domanda

8. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di essere a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

9. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

ovvero (barrare solo la casella corrispondente alla dichiarazione effettuata)

di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di essere stato destinatario dei seguenti provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa:

.....

10. di comprendere adeguatamente la lingua italiana.

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445:

11. di essere fisicamente idoneo all'impiego;

12. di non essere stato destituito o dispensato dal Servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

13. di essere iscritto all'Albo dei
tenuto dall'Ordine dei della provincia di
al n.....dal (gg/mm/aa).....

14. di possedere la **patente** di tipo n.....
rilasciata da..... in data.....
oppure

di non possedere la **patente**.

15. Di essere nella seguente condizione lavorativa:

lavoratore dipendente presso _____

(indicare denominazione datore di lavoro e se pubblico/privato)

libero professionista

pensionato

altro _____

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, inoltre, di accettare tutte le indicazioni e prescrizioni contenute nell'avviso.

Allega alla presente domanda:

- la fotocopia fronte-retro del proprio documento di identità n.rilasciato da.....
..... in data
- il proprio Curriculum Vitae datato e firmato.

Preso visione dell'informativa di cui all'Avviso pubblico per la creazione di un elenco di personale medico-sanitario volontario per l'attuazione del piano di somministrazione dei vaccini anti sars-cov-2 esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità correlate alla formazione di detto elenco.

Luogo,..... data

Firma

Contrassegno Elettronico



TIPO CONTRASSEGNO QR Code

IMPRONTA DOC 1BD5F6D56948B86F2326B295B7EDF9F8E17FD74CB9226CFB7E2D67AAAADF9333

Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato p7m: Sileo Claudio Vito

Dati contenuti all'interno del Contrassegno Elettronico

Numero Protocollo 0006703/21

Data Protocollo 20/01/2021

Primo Destinatario (Comp.) SERVIZIO AFFARI GENERALI LEGALI

Oggetto RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE ALL'ALBO ON-LINE AVVISO PUBBLICO PER LA CREAZIONE DI UN ELENCO DI PERSONALE MEDICO-SANITARIO VOLONTARIO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI ANTI SARS-COV-2.

Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

URL <https://glifo.ats-brescia.it/PortaleGlifo/>

IDENTIFICATIVO AT SBS-3ZIS4-319974

PASSWORD FZASu

DATA SCADENZA Senza scadenza

Ai sensi dell'art. 23 comma 2-bis del CAD (DLgs 82/2005 e ss.mm.ii.), si attesta che il presente documento, estratto in automatico dal sistema di gestione documentale è conforme al documento elettronico originale.

Scansiona il codice a lato per verificare il documento

