



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Prot. n.

Novara 22/03/2021

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 DELLA REGIONE PIEMONTE NEL PERIODO DI EMERGENZA COVID.

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 ordinamenti riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, al diploma universitario conseguito ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi;



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO

Struttura competente: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE
E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE
Direttore dott. Gianluca CORONA
Tel. 0321/374564



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: le Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

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 prestato l'istanza di iscrizione) o ad altro registro, ove previsto.

Ai sensi dell'art.17, 3° comma del D.Lgs. 03/07/2017, 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-2.

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.

L'ASL NO effettuerà i controlli in merito al possesso dei requisiti previsti dall'avviso in relazione alle prestazioni richieste.

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. 19/09/2018 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.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Arabella Maria Teresa Fontana



www.regione.piemonte.it/sanita

FONTANA
ARABELLA MARIA
TERESA
22.03.2021
13:35:20 UTC

Azienda Sanitaria Locale NO

Struttura competente: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE
E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE
Direttore dott. Gianluca CORONA
Tel. 0321/374564

CORONA GIANLUCA
ASL NO NOVARA
22.03.2021 11:51:20 UTC

BUONO
BARBARA
22.03
.2021
13:17:57
UTC

Oggetto: manifestazione di interesse per prestare volontariamente e gratuitamente prestazioni professionali per l'attuazione del piano di somministrazione dei vaccini anti -Sars-Cov2 e per attività di contact tracing presso l' A.S.L. NO di Novara (COD n. 1/VOL)

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere iscritto nell'elenco di personale volontario medico e sanitario disponibile ad integrare l'organico dei punti vaccinali aziendali e dell'attività di contact tracing.

PROFESSIONE DI APPARTENENZA:

MEDICO INFERMIERE ASSISTENTE SANITARIO

PERSONALE PENSIONATO

SI

NO (indicare attuale professione:

_____)

DISPONIBILE AD EFFETTUARE PER UNA DURATA MINIMA DI 3 MESI N. _____ NUMERO DI TURNI DI LAVORO SETTIMANALI di 6 ore (dal lunedì alla domenica) presso le seguenti sedi vaccinali (barrare la sede di interesse):

Distretto AREA NORD: Borgomanero e Arona

Distretto AREA SUD : Novara e Trecate

L'attività di contact tracing è svolta presso la sede di Novara

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., dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni) in caso di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in Via _____ n. _____;

2. di essere in possesso della cittadinanza _____ (1);

3. di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____ (2);

4. di avere il seguente codice fiscale _____;

5. di possedere l'idoneità fisica per ricoprire l'incarico volontario: SI' NO

6. di aver riportato condanne penali: SI' NO in caso positivo, quali:

7. di avere procedimenti penali in corso: SI' NO in caso positivo, quali:

8. di essere stato destituito dai pubblici uffici: SI' NO

9. di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana;

10. di essere 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 _____;

11. di essere in possesso di idonea polizza assicurativa per responsabilità per colpa grave.

12. di aver svolto la seguente attività professionale:

13. di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e di studio (specializzazioni, master...), oltre a quelli indicati al punto 10):

14. di essere consapevole che la presentazione della presente domanda e l'eventuale collaborazione fornita non dà titolo ad alcun compenso o diritto nei confronti dell'A.S.L. NO di Novara

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni (D.Lgs. 101/2018), ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Chiede che ogni comunicazione venga fatta ai seguenti recapiti di posta elettronica / cellulare:

Indirizzo di posta elettronica: _____

Recapito Cellulare: _____

Data _____ firma _____

Allegati:

1) documento di identità valido.