



DELIBERAZIONE N. 0000001 DEL 12.01.2022 - AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA PREDISPOSIZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI E OPERATORI DI SUPPORTO AFFERENTI ALLA DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (AREA COMPARTO) PER LO SVOLGIMENTO DI "PRESTAZIONI IN AREA A PAGAMENTO" RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO PRESSO L'ASST SANTI PAOLO E CARLO DI MILANO PER IL PERIODO 01.01.2022 - 31.12.2022.

Con riferimento alla Deliberazione n. 0000001 de 12.01.2022, questa ASST sta attivando le procedure per la predisposizione di un elenco di professionisti e operatori di supporto afferenti alla Direzione delle Professioni Sanitarie (area comparto) per lo svolgimento di "prestazioni in area a pagamento" riservato al personale dipendente in servizio a tempo determinato e indeterminato presso l'azienda, interessato a partecipare, in possesso dei seguenti requisiti specifici:

- Essere assunti con rapporto di lavoro a tempo pieno;
- Possedere idoneità alla mansione così come documentata dal medico competente (per coloro in possesso di limitazioni/prescrizione alla mansione qualora questa non impatti sul normale svolgimento dell'attività lavorativa tipica della mansione e per la quale il dipendente è assegnato alla unità operativa, tale eventualità non costituisce criterio di esclusione);
- Non essere in debito orario
- Non godere di agevolazioni nei turni e/o orarie o in orario ridotto a seguito di maternità

Sarà garantita pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro come previsto dalla Legge n.° 546/93 e successive modificazioni.

Lo svolgimento dell'attività in parola, rilevata attraverso sistemi obiettivi di controllo informatizzati, è prestata nel rispetto delle specifiche competenze nella disciplina di appartenenza, e non può essere svolta nella giornata in cui il dipendente usufruisce di istituti contrattuali che comportano la riduzione o l'astensione delle attività istituzionali, nonché nel corso del turno di reperibilità; rientrano tra gli istituti contrattuali per i quali non è autorizzata l'attività in Area a Pagamento:



- L'assenza per malattia e infortunio
- Le astensioni obbligatorie e facoltative dal servizio per maternità e paternità
- Le assenze dal servizio per utilizzo di permessi retribuiti giornalieri
- I permessi per L. 104/1992
- Il congedo legato al rischio radiologico
- Ferie
- I turni di pronta disponibilità o di guardia
- I congedi per la formazione
- L'aspettativa a vario titolo
- Lo sciopero
- Il distacco sindacale

La partecipazione all'attività in regime di Area a pagamento è preclusa in tutti i casi di sospensione cautelare o disciplinare dal servizio.

La DiPSa provvederà a garantire la rotazione considerando le competenze possedute dal candidato e prevedrà l'impegno progressivo di tutto il personale reso disponibile con criteri di equità nel numero di turni assegnati, nel rispetto del D.lgs. 66/2003.

Le dichiarazioni di interesse, redatte secondo il fac-simile pubblicato insieme al presente bando, dovranno essere inoltrate, all'indirizzo e-mail della Segreteria DiPSa (mail: segreteria@asst-santipaolocarlo.it) entro e non oltre il **02/05/2022**.

I nominativi degli idonei saranno pubblicati sul sito aziendale e i candidati non inclusi nell'elenco sono dichiarati non idonei.

L'amministrazione si riserva la facoltà di prorogare, di sospendere o di revocare in tutto o in parte ovvero di modificare il presente bando, a suo insindacabile giudizio.

IL DIRETTORE GENERALE
Matteo Stocco

lx



Alla DiPSa
ASST Santi Paolo Carlo

segreteriasitra.hsp@asst-santipaolocarlo.it

DELIBERAZIONE N. 0000001 DEL 12.01.2022 - AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA PREDISPOSIZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI E OPERATORI DI SUPPORTO AFFERENTI ALLA DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (AREA COMPARTO) PER LO SVOLGIMENTO DI "PRESTAZIONI IN AREA A PAGAMENTO" RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE IN SERVIZIO PRESSO L'ASST SANTI PAOLO E CARLO DI MILANO PER IL PERIODO 01.01.2022 - 31.12.2022.

Il/La Sottoscritta/o COGNOME _____ NOME _____

NAT _____ A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____

VIA _____ N. _____ CAP _____

NR TEL _____ CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

IN SERVIZIO PRESSO UO/SERVIZIO _____

PRESIDIO SAN CARLO PRESIDIO SAN PAOLO TERRITORIO/STRUTTURE PENITENZIARIE

DAL _____ QUALIFICA _____ MATRICOLA N. _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO E CHIEDE

Di partecipare al suddetto avviso per lo svolgimento di Prestazioni in Area a Pagamento presso l'ASST Santi Paolo e Carlo.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Santi Paolo e Carlo

SC Risorse Umane

A tal scopo dichiara di essere in possesso delle seguenti competenze professionali:

Milano, _____

FIRMA _____