



AL DIRETTORE GENERALE ASP PALERMO

tramite UOC Integrazione Socio-Sanitaria Distretto _____Il/la sottoscritto/a.....
cognome nome

nato/a ilresidente in.....

tel.cell.....email.....

codice fiscale matr.

in servizio presso.....

Via Tel.

con la qualifica di:

- INFERMIERE

- FISIOTERAPISTA

- LOGOPEDISTA

CHIEDE di essere inserito nell'Albo Aziendale, valido per il biennio 2014/2015, del personale operante in Assistenza Domiciliare Integrata, al di fuori dell'orario ordinario di servizio, con il seguente ambito territoriale di preferenza:

I scelta Distretto N° _____ PTA _____II scelta Distretto N° _____ PTA _____**DICHIARA** di essere abile nelle seguenti prestazioni di: (*barrare con una crocetta*)

[P.V.] Controllo parametri vitali	[G.S.] Gestione stomie
[M] Med. Piaghe I°- II° stadio.	[P] Med. Piaghe III°-IV° stadio
[T.I.] Terapia Infusionale	[Cat.] Gestione catetere urinario
[G.C.] Gestione complessità	[A] Prelievo arterioso
[T.] Telemedicina	[T.Q.] Tutto quanto precede

DICHIARA di aver preso visione del regolamento delle prestazioni ADI, di non avere riduzione qualitativa dell'orario di lavoro per limitazioni fisiche, di impegnarsi a non prestare servizio al 118 e a rispettare i vincoli previsti dal D.L.vo 66/2003, di essere disponibile all'uso del mezzo proprio.

DICHIARA inoltre di avere riduzione quantitativa dell'orario di lavoro per:

part-time L.104/92 (*segnare la parte interessata*)

Data

Visto del Responsabile U.O.C./U.O.S.

Firma del dipendente