

DOMANDA PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE DEI DIRIGENTI MEDICI

**Al Direttore Generale
dell' AREUS**

Il/ La sottoscritto/a _____

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE ATTIVITA' DI ELISOCORSO IN QUALITA' DI COMPONENTE DELL'EQUIPAGGIO HEMS.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara sotto la propria responsabilità:

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di essere residente in _____ via _____ n. ____;
- 3) di essere dipendente dell'Azienda _____ nella posizione funzionale di _____;
- 4) di essere in possesso di tutti i requisiti specifici di ammissione, ovvero:
 - A. essere dipendenti a tempo indeterminato nella posizione funzionale di Dirigente Medico o medici convenzionati incaricati a tempo indeterminato per le emergenze territoriali sanitarie (MET) di una Azienda del Sistema Sanitario della Regione Sardegna (ATS, AOB, AOU di Sassari e Cagliari) a far data da _____;
 - B. età non superiore ai 45 anni;
 - C. prestare servizio nell'ambito dell'emergenza territoriale (MET), nelle Unità Operative di Medicina e Chirurgia d'Accettazione d'Urgenza (Pronto Soccorso), Anestesia e Rianimazione, comprese la Cardio-anestesia e Terapia Intensiva Neonatale ;
 - D. Idoneità psico-fisica al servizio accertata dal medico competente;

5) di accettare incondizionatamente le norme previste dall'avviso;

6) che ogni eventuale comunicazione relativa all'avviso dovrà essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica personale: _____ ;

7) di aver frequentato uno o più dei corsi sotto elencati nel corso degli ultimi due anni, allegando i relativi attestati di partecipazione:

tipologia	frequentazione SI/NO	Data svolgimento	Durata corso
BLSD			
PBLSD			
Pediatrico Avanzato			
ACLS			
Trauma BASE			
Trauma Avanzato			
Maxiemergenza			

A tal fine, allega alla presente i seguenti titoli e documenti:

- Curriculum Formativo-Professionale datato e firmato a pena di esclusione,
- Copia non autenticata di idoneo documento di identità (fronte e retro) in corso di validità;
- Copia attestati di partecipazione ai corsi di cui al punto 7).

Data e luogo _____

Firma _____