



Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano – Vasto – Chieti

SERVIZIO AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Via Silvio Spaventa n. 37 – 66034 Lanciano CH

Telefono 0872.706792 – Fax 0872.706800 – Email: franco.giancristofaro@asl2abruzzo.it

Responsabile: Dr. Franco Giancristofaro

Prot.n. _278 _/SAPS del __22/06/2017_____

**AVVISO DI RICOGNIZIONE INTERNA RISERVATO AL PERSONALE DEL
COMPARTO CATEGORIA D E DS C.P.S.-INFERMIERE A TEMPO INDETERMINATO
PER LE ATTIVITA' DI CONSULENZA/PREVENZIONE/TRATTAMENTO DI LESIONI
DA COMPRESSIONE**

Il Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie, ravvisata l'esigenza di promuovere la diffusione di modelli organizzativi/professionali positivamente sperimentati e già patrimonio condiviso di alcuni professionisti, verificata la necessità di sviluppare ed implementare lo sviluppo omogeneo di competenze professionali e prevedere aree di specializzazione, ha ritenuto necessario bandire il presente avviso ai fini della preventiva ricognizione interna di personale CPS-Infermieri esperti in wound care, cioè nella prevenzione/trattamento di lesioni da compressione e di altre lesioni cutanee.

E' ormai necessario avvalersi di professionisti sempre più preparati e specializzati in determinati ambiti perché nella multiprofessionalità essere ancor più preparati dà la possibilità di garantire maggiore qualità e sicurezza nelle cure e nell'assistenza.

Pertanto, con il presente avviso si intende verificare e accertare la presenza e la disponibilità interna di professionalità compatibili con lo svolgimento delle attività assistenziali sopra menzionate.

Il personale in possesso di comprovata formazione ed esperienza professionale nello specifico settore clinico assistenziale, con **competenze documentate** nella gestione delle lesioni cutanee da compressione può presentare la propria candidatura corredata da specifico curriculum formativo/professionale datato e firmato entro e non oltre **giovedì 13 luglio 2017** esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al Direttore S.A.P.S. Dott. Franco Giancristofaro via Silvio Spaventa n. 37 cap. 66030 Lanciano (CH).

Il rispetto del termine di scadenza sarà comprovato dalla data a timbro dell'ufficio postale accettante.

Si chiarisce che l'attuazione è esclusivamente finalizzata ad includere strategie per migliorare i processi di reclutamento del personale, la sua formazione, l'assistenza e, in **special modo**, per avviare attività di consulenza tecnica ai reparti garantendo il massimo risultato attraverso la realizzazione di azioni sistematiche di valutazione e miglioramento continuo della qualità dell'assistenza infermieristica in ambito di lesioni cutanee.

**Il Direttore S.A.P.S.
Dr. Franco Giancristofaro**

FAC SIMILE

Allegato A)

 1 sottoscritt _____
nat_ a _____ (Prov. ___) il _____
e residente in _____ (Prov. _____)
alla Via _____, dipendente a tempo indeterminato
dell'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti in qualità di C.P.S.-Infermiere presso
_____ a decorrere dal _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso di ricognizione interna riservato al personale del comparto categoria D e DS CPS-Infermiere a tempo indeterminato per le attività di consulenza/prevenzione/trattamento di lesioni da compressione.

Allega curriculum formativo e professionale.

Dichiara altresì di voler ricevere ogni eventuale comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo:

cognome e nome _____
Via _____
Città _____
Telefono _____

Luogo e data _____

Firma _____

FAC SIMILE

Allegato B)

1 sottoscritt _____
nat_a _____ (Prov. ____) e residente in _____
alla Via _____, dipendente a tempo indeterminato in qualità
di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere presso _____
_____, con riferimento all'istanza di partecipazione
all'avviso interno di consulenza/prevenzione/trattamento di lesioni da compressione, ai sensi e per
gli effetti dell'art. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità
e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della
decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di
dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.

D I C H I A R A

di essere in possesso del seguente curriculum formativo e professionale.
Allega altresì copia fotostatica documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma _____