

**AL DIRETTORE GENERALE**  
dell'Agazia Regionale  
Emergenza Urgenza  
Via A. Campanini, 6  
20124 Milano

Il/la sottoscritto/a .....

chiede di partecipare all'avviso interno:

**"Manifestazione di Interesse alla partecipazione al Corso formativo anno 2021 per  
Componente di equipaggio HEMS per attività di elisoccorso  
per le ELIBASI regionali di AREU"**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara di:

- essere nato a ..... il .../.../..... , Codice Fiscale .....
- essere dipendente a tempo indeterminato e a tempo pieno della ASST/IRCCS di ..... convenzionata con AREU per l'attività di soccorso, nel profilo di:
  - Medico
  - Infermiere
- prestare servizio sui Mezzi di Soccorso Avanzato di AREU dall'anno . . . . . ;
- essere in possesso di una piena idoneità al servizio sui mezzi di soccorso avanzato, già accertata dal Medico Competente dell'Azienda di appartenenza;
- possedere una età anagrafica inferiore ai 45 anni alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando;
- non avere in corso richieste di trasferimento ad altri Servizi/Azienda, fatto salvo trasferimento verso Servizi che garantiscano attività nell'ambito di Emergenza Urgenza Extraospedaliera;
- non aver subito negli ultimi due anni antecedenti alla scadenza del bando procedimenti disciplinari (incluso richiamo verbale), ovvero di non aver procedimenti disciplinari in corso;
- essere in possesso, alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando, di tutti i requisiti generali e specifici richiesti dal presente avviso;
- di aver partecipato al bando 2020 non superando le prove di selezione previste;

Essere in possesso dei seguenti titoli di studio richiesti per l'accesso:

### Personale medico:

- diploma di Specialità in ..... conseguito presso ..... nell'anno .....
- aver maturato in regime di rapporto di lavoro subordinato di dipendenza 3 anni di servizio in ambito anestesiologicalo e rianimatorio, almeno un anno di attività sugli MSA; ovvero
- aver maturato, in regime di rapporto di lavoro subordinato di dipendenza, minimo 3 anni di servizio in ambito di medicina d'urgenza in shock-room o area codice rosso con comprovata e certificata esperienza di gestione delle funzioni vitali di pazienti critici (insufficienza respiratoria severa con attuazione di supporto ventilatorio invasivo, politrauma, shock emorragico, ecc..) e trasporti di pazienti con classificazione Ehrenwerth >III, almeno un anno di attività sugli MSA; La dichiarazione dell'attività svolta deve essere certificata dal Direttore dell'Unità Operativa di appartenenza.

### Personale infermieristico

- di essere in possesso di abilitazione agli Algoritmi Clinico Assistenziali AREU rilasciata nell'anno.....;
- di prestare attività sui MSA1 da almeno 2 anni;

### Il candidato, dichiara inoltre:

- di aver prestato servizio sui Mezzi di Soccorso Avanzato (considerando l'attività in orario istituzionale e sistema premiante) con impegno orario SUPERIORE al 70% del tempo lavoro, dal ..... al.....;
- di aver prestato servizio sui Mezzi di Soccorso Avanzato (considerando l'attività in orario istituzionale e sistema premiante) con impegno orario SUPERIORE al 40%, ma uguale o inferiore al 70% del tempo lavoro, dal ..... al.....;
- di aver prestato servizio sui Mezzi di Soccorso Avanzato (considerando l'attività in orario istituzionale e sistema premiante) con impegno orario uguale o INFERIORE al 40% del tempo lavoro, dal ..... al.....;
- di aver svolto attività di servizio in SOREU , dal ..... al.....;
- di aver svolto servizio in HEMS ..... dal ..... al.....;
- di aver acquisito il Master Universitario di 1° Livello in ..... nell'ambito dell'Emergenza/Urgenza (Soccorso territoriale/Area critica), presso l'Università ..... in data.....
- di aver acquisito il Corso di Perfezionamento attinente l'area dell'Emergenza/Urgenza, in ..... , presso l'Università ..... nell'anno ..... e/o il Master di

2° Livello nell'ambito dell'Emergenza/Urgenza in ....., presso l'Università ..... in data .....

- di essere disponibile:
  - allo svolgimento dell'attività di elisoccorso in orario istituzionale e/o Sistema Premiante, in relazione alle esigenze organizzative;
  - alla partecipazione all'attività formativa e di addestramento obbligatorio prevista dal piano formativo;
  - a garantire lo svolgimento di almeno 25 turni di servizio/anno in elisoccorso;
  - alla mobilità tra Basi in caso di necessità/urgenza;
  - alla permanenza nell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera e nel servizio di elisoccorso regionale per almeno 5 anni;
  - per il personale medico, di assumere l'impegno a partecipare all'attività formativa per Medico di SOREU, in ottemperanza al corso previsto da AREU (7gg in aula + 160 ore in affiancamento), ad operare per almeno 36 ore medie mensili in orario istituzionale in SOREU o per turni di servizio in MSA;
  - per il personale infermieristico, di assumere l'impegno a mantenere la certificazione MSA1 e la conseguente attività sui mezzi;
  
- di essere disponibile ad operare presso la/le seguente/i elibase (il candidato ha facoltà di indicare da una a cinque tra le seguenti sedi)
  - Bergamo
  - Brescia
  - Como
  - Milano
  - Sondrio
  
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli cosiddetti "sensibili" in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità del D. L.vo 30.6.2003, nr. 196, e del Regolamento (UE) 2016/697 - GDPR;
  
- di aver preso visione dei contenuti del bando e di essere quindi a conoscenza in particolare del fatto che: l'AREU non può accettare le certificazioni rilasciate dalle Pubbliche Amministrazioni e da privati gestori di pubblici servizi in ordine a stati, qualità personali e fatti elencati all'art. 46 del DPR n. 445/2000 o di cui l'interessato abbia diretta conoscenza (art. 47 DPR n. 445/2000) e che in luogo di tali certificati è obbligatorio;
  
- di essere a conoscenza che il mancato svolgimento delle attività previste nell'arco temporale di 12 mesi (25 turni di elisoccorso. Per il personale medico inoltre: corso formativo per medico di SOREU e 36 ore medie mensili in orario istituzionale in SOREU o AAT) comporta l'esclusione dal servizio di elisoccorso;

- di aver preso visione di tutti i contenuti del bando;
- di accettare senza riserve tutte le condizioni del presente bando;
- di allegare la dichiarazione dell'attività svolta, come richiesto dal bando, certificata dal Direttore dell'Unità Operativa di appartenenza (solo per i medici);
- di risiedere in ..... via .....
- di indicare quale domicilio presso cui dovrà essere fatta ogni comunicazione il seguente indirizzo:  
Via..... nr. ....  
Cap ..... Città .....
- Tel..... e- mail.....
- di essere a conoscenza dell'obbligo del sottoscritto di comunicare gli eventuali variazioni di indirizzo all'Azienda la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato;

Con osservanza.

Lì,.....

FIRMA

---

N.B.: ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione se non sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario dell'AREU deve essere inviata o consegnata unitamente alla fotocopia integrale, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

Firma del Responsabile del Servizio per presa visione:

FIRMA

---