

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

Il/la sottoscritto/a

chiede di partecipare alla:

"Manifestazione di Interesse alla partecipazione al Corso formativo anno 2024 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'Ente di appartenenza;
- possedere una età anagrafica inferiore ai 50 anni alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando (indicare età)
- non avere in corso richieste di trasferimento ad altri Enti o Unità organizzative, 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 ai bandi negli anni.....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 tre 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 tre 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. (*allegare certificato*)

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 inorario 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 inorario 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 inorario 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'ambitodell'Emergenza/Urgenza (Soccorso territoriale/Area critica), presso l'Università..... in data.....

- di aver acquisito il Corso di Perfezionamento attinente all'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 nelle basi di Como e Milano;
 - a garantire lo svolgimento di **almeno 36 turni** di servizio/anno in elisoccorso nelle basi di Brescia e Sondrio;
 - alla mobilità tra Basi in caso di necessità;
 - alla permanenza nell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera e nel servizio di elisoccorso regionale per almeno cinque 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 (8gg in aula + 160 ore in affiancamento), ad operare per almeno 36 ore medie mensili in orario istituzionale in SOREU;
 - 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 quattro tra le seguenti sedi)
 - Brescia
 - Como
 - Milano
 - Sondrio
- 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 o 36 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 24/36 ore presso l'AAT) comporta l'esclusione dal servizio di elisoccorso;

- di aver preso visione dell'Informativa privacy ex art. 13 Reg. UE n. 2016/679;
- 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
