

Avviso Interno Manifestazione D'interesse Personale Infermieristico IFO

L'IFO intende acquisire manifestazioni di interesse da parte di collaboratori professionali Infermieri disponibili ad effettuare Tamponi rino-faringei presso il Drive-In Santa Maria della Pietà in supporto alla Asl Roma 1 e Drive-in Labaro Prima Porta AO Sant'Andrea, nell'ambito dell'emergenza sanitaria connessa al Covid-19, o presso altre sedi che siano individuate da Regione Lazio, extra orario di lavoro.

L'attività extraoraria è da considerarsi aggiuntiva rispetto a quella prevista per il rapporto di lavoro subordinato. Tale attività è assimilata, ancorché resa all'amministrazione di appartenenza, al lavoro subordinato, ai soli fini fiscali e contributivi ivi compresi i premi e i contributi versati all'I.N.A.I.L. ex art. 1 c. 2 u.p. Legge 1/2002.

Tale attività sarà effettuata "extratime", **riconoscendo il regime di "prestazione/orario aggiuntivo", al fine di velocizzare l'esecuzione dei tamponi a fasce di popolazione a rischio di contatto o con sospetto di contatto COVID-19.**

La tariffa oraria fissata dal DPCM del 14/08/2020 è di € 50,00 lordi/ora (artt. 29 e 30).Le modalità di effettuazione sono le seguenti:

- **Fascia oraria di attività**
 - o **ore 8-14 oppure 14-20 per le disponibilità prima/dopo il normale turno di lavoro**
- **Timbrature.** Il personale, prima e dopo l'attività aggiuntiva, deve "timbrare" presso IFO con il codice specifico n. 13. Le timbrature **in entrata e in uscita, precedute dal codice 13 costituiranno la base per il computo orario e il pagamento**

Tipo di Prestazione	Sede	Durata
Effettuazione tamponi rino-faringei in Drive-In	ASL Roma 1 – Santa Maria della Pietà AO Sant'Andrea Labaro Prima Porta Eventuale altra sede comunicata	16 Ottobre – 16 Novembre Eventualmente prorogabile

REQUISITI SPECIFICI PER LA PRESENTAZIONE DELLA PROPRIA DISPONIBILITA'

L'ammissione all'attività extraoraria è volontaria ed è riservata ai dipendenti dell'IRCCS IFO in possesso dei **requisiti specifici** di seguito indicati.

Qualifica di appartenenza	Collaboratore professionale sanitario Infermiere cat. D/ DS
Natura Rapporto	Personale dipendente a tempo indeterminato o determinato con contratto in essere da almeno sei mesi e della durata di almeno 12 mesi
Tipo di rapporto e profilo orario	A tempo pieno. I candidati non devono beneficiare di istituti o benefici contrattuali che comportino la riduzione a qualsiasi titolo dell'orario di lavoro (es. L. 104, part time, L. 1204...) o delle attività lavorative.

Sono esclusi dalla partecipazione all'effettuazione di prestazioni aggiuntive:

- 1. Il personale in regime di part time,*
- 2. Il personale con prescrizioni limitative dell'attività lavorativa (es. prescrizioni del Medico Competente),*
- 3. Il personale che fruisce di riduzione dell'orario di lavoro a vario titolo e/o di congedi riconducibili a diverse disposizioni normative in materia di tutela della maternità o di assistenza (allattamento, maternità, L. 104/92 etc).*

Note:

- i compensi previsti per le prestazioni orarie aggiuntive potranno essere liquidati solo se è stato assolto il debito orario individuale mensile.*
- I DPI sono forniti in modo completo dalle Aziende Sanitaria ospitanti.*
- Il trasporto da e per la sede del Drive-In è effettuato dalle auto aziendali.*

- Il personale interessato potrà effettuare prestazioni aggiuntive solo previa copertura del debito orario; eventuali debiti orari non coperti comporteranno la decurtazione delle ore di prestazioni aggiuntive rese, da remunerare*

TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

La propria manifestazione di interesse equivale alla dichiarazione della propria disponibilità a garantire almeno 3 turni, sempre nel rispetto delle 48 ore settimanali.

I dipendenti interessati dovranno compilare il modello allegato e consegnarlo a mano al DITRAR oppure inviarlo tramite email al seguente indirizzo — gestioneditrar@ifo.gov.it entro il giorno 22 Ottobre alle ore 12, al fine di procedere con le coperture per le giornate/turni successivi.

Roma, 09 Ottobre 2020

Tamponi Allegato A Modulo adesione manifestazione di interesse Esecuzione Rino-faringei 2020

Alla UOC D.I.T.R.A.R.
Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa,
Assistenza e Ricerca

OGGETTO: richiesta partecipazione a manifestazione d'interesse per l'esecuzione di tamponi rino-faringei Asl Roma 1 e AO Sant'Andrea Emergenza Covid-19

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____

con la qualifica di _____

in servizio presso _____

Indirizzo e-mail _____

Cellulare _____

con articolazione oraria su 5 giorni su 6 giorni

turno unico dalle ore _____ alle ore _____

H12 dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

H 24 (regime di week hospital)

CHIEDE

Di poter partecipare ad effettuare tamponi rino-faringei Asl Roma 1 e AO Sant'Andra Emergenza Covid-19 in attività extra-oraria, in regime di prestazione/orario aggiuntivo

Data _____

Firma (leggibile)

BOZZA

BOZZA