



MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' – ATTIVITA' COVID-19

(trasmissione e mezzo mail a disponibilita.covid@aspbasilicata.it)

Il/La sottoscritt _____, nato/a a _____
il _____ e residente in _____ alla via
_____, dipendente di codesta Azienda nel profilo
professionale di C.P.S. Infermiere, assegnato/a al _____
ove svolge le seguenti attività _____

manifesta la propria disponibilità

a svolgere le proprie prestazioni lavorative durante l'orario di servizio dovuto ovvero, ove necessario, allo svolgimento di prestazioni lavorative in regime libero-professionale, nell'ambito delle neoistituite Unità Speciali COVID (USCA), così di seguito elencate (*contrassegnare una o più caselle per le quali si manifesta la propria disponibilità*)

<input type="checkbox"/>	USCA Potenza: Poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta
<input type="checkbox"/>	USCA Senise: Distretto della Salute
<input type="checkbox"/>	USCA Villa d'Agri: Distretto della Salute
<input type="checkbox"/>	USCA Lauria: Distretto della Salute
<input type="checkbox"/>	USCA Rionero - Poliambulatorio: Distretto della Salute di Melfi
<input type="checkbox"/>	USCA Lavello: Distretto della Salute di Venosa - Poliambulatorio di Lavello
<input type="checkbox"/>	Squadra tamponi con competenza su tutto il territorio ASP (Direzione Sanitaria)

Nell'ambito del territorio dei Distretti sopra indicati è consapevole che, ove necessario, potrà essere richiesto di svolgere prestazioni anche per altre attività per le quali occorra costituire altre temporanee strutture (ad esempio screening mediante tamponi).

Il sottoscritto dichiara altresì di essere contattabile, in qualsiasi momento, al seguente numero telefonico: _____ e alla seguente mail _____, prendendo atto che la mancata risposta a chiamate telefoniche ovvero il rifiuto a svolgere la prestazione richiesta sarà rinuncia alla disponibilità precedentemente resa.

Data _____

Firma _____