

Istanza di Partecipazione

Al responsabile
UOS Coordinamento Camere Iperbariche
ASP Palermo
subiperbarica@asppalermo.org

Il sottoscritto.....
nato a.....il
in possesso di contratto a tempo.....presso l'ASP di Palermo ed
assegnato alla UO.....con matricola.....
chiede di partecipare al Corso teorico-pratico per assistenza infermieristica in ambiente iperbarico
sanitario propedeutico alla partecipazione all'avviso interno per la selezione di nuovo personale
infermieristico da inserire all'interno del progetto "Attivazione stagionale camere iperbariche Ustica
e Lampedusa".

ai sensi dell'art.46 del D.D.P. 28/12/2000 n.445, e consapevole delle conseguenze penali comminate
dall'art.76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazione mendace.

A tale scopo, ai sensi dell'art.46 del D.D.P. 28/12/2000 n.445, consapevole delle conseguenze penali
comminate dall'art.76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazione mendace

dichiaro:

- Di essere dipendente a tempo determinato/indeterminato ASP Palermo dal
con matricola.....
In caso di tempo determinato dichiarare la data di fine contratto
- Di essere assegnato all'UO.....
dal al
- Di avere la seguente anzianità di servizio in ASP Palermo: mesi.....

- Di avere svolto la seguente attività professionale in ambiente intensivo.....
per mesi dal al
- Di possedere/di non possedere la qualifica di addetto antiincendio rischio elevato avendo frequentato il corso e superato l'esame finale presso i VVF;
- Di avere svolto/ Di non avere svolto il corso base sulla sicurezza sul lavoro D. Lgs. 81/08;
- Di non essere affetto dalle seguenti patologie: claustrofobia e/o insufficienza respiratoria e/o quadri psicotici e/o epilessia e/o insulino-dipendenza
- Che i propri contatti sono:
cell.....
e-mail.....

Autorizzo il trattamento dei propri dati personali, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 e smi finalizzato agli adempimenti per l'espletamento del presente "corso teorico-pratico per assistenza infermieristica in ambiente iperbarico sanitario".

Luogo e data.

FIRMA

Allegato n° 2

Scheda Sanitaria

Il/La sottoscritto/a

cod.fisc.....nato/a a

ile residente ain

Ai sensi dell'art.46 del D.D.P. 28/12/2000 n.445, consapevole delle conseguenze penali comminate dall'art.76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazione mendace.

Dichiara:

in relazione agli stati patologici e/o condizioni di seguito elencate, che:

Sussistono patologie dell'apparato cardio circolatorio (ipertensione arteriosa, ischemia, angina, intervento cardiocirurgico, aneurisma, aritmie, ICD, PM ecc? Se SI indicare quali:	SI	NO
Sussiste diabete mellito? Se SI, indicare se: <input type="checkbox"/> Insulino-dipendente. <input type="checkbox"/> NON Insulino-dipendente.	SI	NO
Soffre di malattie neurologiche o psichiche? Se SI, indicare quali:	SI	NO
E' attualmente in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, o altri farmaci psicotropi?	SI	NO
Ha subito infortuni sul lavoro?	SI	NO
Soffre di malattie dell'apparato osteoarticolare? Se SI, indicare quali:	SI	NO
Soffre di malattie oculari?	SI	NO
Assume farmaci? Se SI, indicare quali:	SI	NO
Soffre di patologie ematologiche? Se SI indicare quali:	SI	NO
Ha subito impianto di protesi? Se SI, indicare quali:	SI	NO
Soffre di patologie dell'apparato otorinolaringoiatrico (Ipoacusia, otiti ricorrenti, chirurgia orl) Se SI, indicare quali:	SI	NO
Soffre di patologie dell'apparato respiratorio (enfisema, asma, pneumotorace, chirurgia toracica)? Se SI, indicare quali	SI	NO

Ha subito interventi odontoiatrici?	SI	NO
-------------------------------------	----	----

Autorizzo il trattamento dei propri dati personali, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 e
smi finalizzato agli adempimenti per l'espletamento del "corso teorico-pratico per assistenza
infermieristica in ambiente iperbarico sanitario"

Luogo e data.

FIRMA