

**Regione Piemonte**  
**Azienda Sanitaria Locale CN2**  
**S.C. Amm.ne del Personale e Sviluppo Risorse Umane**  
**Sede Legale: Via Vida, 10**  
**12051 Alba (CN)**  
**Sede di Alba: Tel. 0173/316521 - 205**  
**Fax 0173/316480**  
**E-mail: [persalba@aslcn2.it](mailto:persalba@aslcn2.it)**



Ai sensi del D.L. 14/08/2020 n. 104 art. 29 comma c, si rende necessario attivare le procedure di reclutamento delle seguenti figure professionali

### **ASSISTENTI SANITARI**

per assicurare i livelli essenziali di assistenza, in costanza dell'emergenza Covid 19, compreso il contenimento delle liste di attesa.

Verranno conferiti incarichi di lavoro di collaborazione coordinata e continuativa per il periodo massimo di un anno, con compenso orario di euro 30,00 e possibilità di sistemazione alberghiera comprensiva di vitto e alloggio in camera singola.

### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE:**

La manifestazione di interesse dovrà essere espressa mediante la compilazione del **modulo allegato** da far pervenire, unitamente alla copia di un documento di identità, in corso di validità, esclusivamente al seguente indirizzo: **[aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)**

**Le domande dovranno essere presentate entro le 12.00 di lunedì 31 AGOSTO 2020** e le proposte di incarico da parte dell'azienda saranno oggetto di valutazione comparativa tra gli istanti.

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Massimo VEGLIO**

*presente documento è sottoscritto con firma digitale  
ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005.*





**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

**PROCEDURA SPECIALE LEGATA ALL'EMERGENZA COVID19  
AI SENSI DEL D.L. 14/08/2020 N. 104**

**ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
PERSONALE INFERMIERISTICO ( C.P.S. ASSISTENTE SANITARIO)  
PER ATTIVITÀ ASSISTENZIALE, COMPRESO IL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI  
ATTESA  
NELL' OSPEDALE DI VERDUNO E TERRITORIO  
ASLCN2 ALBA BRA**

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a il .....a .....

(Prov: .....)

residente in

indirizzo ..... n.....

luogo ..... (Prov: .....)

codice fiscale .....

tel .....

cellulare .....

mail .....

Pec .....

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO  
E CHIEDE, di poter prestare servizio come ASSISTENTE SANITARIO ( COLLABORAZIONE  
COORDINATA E CONTINUATIVA) presso ospedale di Verduno o Territorio dell'A.S.L. CN 2 ,  
con compenso orario di euro 30,00**



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 dpr 445/2000 s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo DPR 445/2000 quanto segue:

- di essere in possesso della laurea, ovvero di altro titolo equipollente secondo la normativa vigente, in.....
- di non essere attualmente dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione
- di possedere patente di guida cat. B
- di essere iscritto all'ordine di ..... al n .....
- solo per i cittadini di stato estero non facente parte dell'Unione Europea - di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato da .....
- di aver maturato le seguenti esperienze professionali:
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....

In fede \_\_\_\_\_ luogo e data \_\_\_\_\_