

**SANITASERVICE ASL BR S.R.L.**  
**società unipersonale della ASL di Brindisi**  
**Sede in Brindisi – Piazza Di Summa**  
(Capitale sociale euro 100.000 interamente versato)

**COMUNICATO per gli**  
**Operatori**  
**dell' Assistenza Domiciliare della ASL di Brindisi**

In attuazione delle direttive emanate dalla Regione Puglia con la D.G.R. n. 2477/2009, la scrivente società è stata costituita dalla ASL di Brindisi per la gestione “in house” di servizi strumentali alle attività istituzionali del Servizio Sanitario Regionale, attualmente affidati a Ditte esterne.

Il processo di internalizzazione di tali servizi comporta, nei limiti del budget stabilito dalla ASL e nel rispetto dei criteri che saranno definiti a seguito di appositi incontri con le Organizzazioni Sindacali interessate, l'assunzione alle dipendenze di questa Società degli operatori che risultino titolari di rapporto di lavoro con i Gestori esterni affidatari dei servizi, e che siano in possesso dei requisiti generali e professionali richiesti.

Ciò premesso, gli operatori socio sanitari (o equiparati), i fisioterapisti, gli infermieri professionali, nonché gli operatori addetti alla centrale operativa di Brindisi, utilizzati dall'attuale Ditta che ha l'appalto del servizio di “Assistenza Domiciliare” esclusivamente riferito al territorio di competenza della ASL di Brindisi, ove interessati, devono far pervenire a questa Società, con le modalità e nei termini appresso indicati, la seguente documentazione:

1. contratto di lavoro dal quale si evinca la natura del rapporto, la data di inizio dello stesso, nonché la qualifica e, se previsto, l'orario di lavoro. In mancanza, modulo rilasciato dal Centro per l'impiego da cui si evincano tali dati;
2. autocertificazione di esclusività del servizio reso nell'assistenza domiciliare della ASL di Brindisi, ovvero dichiarazione relativa ad altri rapporti di lavoro tuttora in essere ovvero cessati (punto 6 dell'allegata dichiarazione);
3. ultima busta paga dell'anno 2010 riferita a mensilità ordinaria;
4. titolo professionale abilitante all'esercizio dell'attività svolta;
5. un curriculum formativo e professionale, datato e firmato;
6. copia del codice fiscale (o della tessera sanitaria).

Ai suddetti documenti devono essere altresì allegati:

- un elenco sottoscritto dei documenti presentati;
- dichiarazione (come da fac-simile) debitamente compilata e sottoscritta con fotocopia di un proprio documento di identità.

Il plico contenente la suddetta documentazione dovrà essere consegnato esclusivamente a mano, in busta chiusa recante l'indicazione del mittente e di SANITASERVICE ASL BR S.R.L. quale destinatario. E' escluso ogni altro mezzo di recapito.

Per la consegna gli interessati dovranno recarsi presso uno dei seguenti Uffici Distrettuali dell'Assistenza Domiciliare della ASL di Brindisi, presso i quali potranno rivolgersi alle persone di seguito indicate:

1. Distretto di Brindisi, via Dalmazia – 1° piano: dr. A.Campa, dr. A. Rosato, sig.ra E. Tafuri
2. Distretto di Mesagne, via Panareo, 14 (sede CUP), 1° piano: sig.ra F. Eboli e sig. I. Martella
3. Distretto di Fasano a) sede di Fasano, via dell'Artigianato: sig. G. De Carolis  
b) sede di Ostuni, presso l' Ospedale: sig. G. Barletta
4. Distretto di Francavilla F., presso l'Ospedale: dr.ssa M. Santoro; sig.ra A. Iaia.

All'atto della consegna dovrà essere esibita una fotocopia della presente, su cui la persona incaricata rilascerà annotazione per ricevuta.

La consegna dei plichi dovrà avvenire nei giorni dal 26 luglio al 29 luglio prossimi, dalle ore 9 alle ore 12, secondo il seguente calendario:

dalla lett. <b>A</b>	alla lett. <b>C</b>	lunedì	26.7.2010
dalla lett. <b>D</b>	alla lett <b>I</b>	martedì	27.7.2010
dalla lett. <b>L</b>	alla lett. <b>P</b>	mercoledì	28.7.2010
dalla lett. <b>Q</b>	alla lett. <b>Z</b>	giovedì	29.7.2010

Sanitservice Asl Br s.r.l. si riserva la facoltà di richiedere eventuali integrazioni alla documentazione presentata.

Brindisi, 16 luglio 2010

L'Amministratore unico  
Dr. Giuseppe Giuri

(allegato fac-simile di dichiarazione)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del DPR 445/2000,

### DICHIARA

1. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_  
(*coloro che hanno l'obbligo del permesso di soggiorno devono allegarne copia*);
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(*indicare i motivi della eventuale non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime*) .
3. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso  
\_\_\_\_\_  
(*in caso positivo dichiarare le condanne penali riportate e/o i procedimenti penali pendenti*);
4. di essere in possesso del seguente titolo professionale o di studio:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. di essere iscritto all'albo professionale \_\_\_\_\_
6. di prestare e/o aver prestato i seguenti servizi (*specificare il datore di lavoro, la tipologia del contratto di lavoro, il periodo e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di lavoro*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. di manifestare il proprio consenso, ai sensi del Decreto Legislativo 30.6.2003 n.196, al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla presente procedura ;
8. di eleggere domicilio agli effetti di eventuali comunicazioni:  
Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_ - recapito telefonico \_\_\_\_\_ - (eventuale indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_), riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia di un documento di identità