

Prot. n. 12341/21-DG  
del 26.03.2021



**I.N.R.C.A.**  
**Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani**  
**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

**RIAPERTURA TERMINI AVVISO INTERNO PER L'ACQUISIZIONE DI ADESIONI DA PARTE DEL PERSONALE PER L'ESPLETAMENTO DELL'ATTIVITA' DI VACCINAZIONE ANTI COVID 19**

L'I.N.R.C.A., nell'ambito dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus Covid 19, intende riaprire i termini dell'avviso interno prot. 4471, emanato in data 05.02.2021, finalizzato all'acquisizione di adesioni da parte dei dipendenti per l'espletamento dell'attività di vaccinazione anti covid 19, allo scopo di reperire ulteriore personale.

**Requisiti di partecipazione:**

Sono ammessi a partecipare al presente avviso i dipendenti in servizio presso le strutture INRCA Marche inquadrati nei seguenti profili:

per attività di somministrazione dei vaccini

- collaboratori professionali sanitari – infermieri (cat. D-Ds);
- collaboratori professionali sanitari – assistenti sanitari (cat. D);

per attività di supporto al personale sanitario e di segreteria

- operatori socio sanitari;
- coadiutori amministrativi (cat.B-Bs), assistenti amministrativi (cat.C), collaboratori amministrativi professionali (cat. D - Ds);

Per il personale sanitario è richiesto, inoltre, di essere esente da limitazioni operative non compatibili con l'attività di prestazione diretta di attività assistenziali alla persona e/o con l'attività di somministrazione del vaccino Covid-19.

I candidati devono essere disponibili a sottoporsi ad apposito programma di formazione tramite corso FAD dell'Istituto Superiore di Sanità.

I requisiti richiesti devono essere posseduti alla data di scadenza del presente avviso.

**Modalità di esecuzione della prestazione**

La partecipazione all'attività di vaccinazione e di supporto alla stessa, potrà avvenire, in coerenza con il profilo professionale di appartenenza e con le esigenze del servizio, fuori orario di servizio in orario aggiuntivo.

Per gli infermieri l'attività sarà remunerata tramite prestazioni orarie aggiuntive (POA), rilevate con il codice di timbratura "09", al momento alla tariffa oraria di € 30,00 lordi; per il restante personale l'attività sarà remunerata con apposito progetto direzionale, alla tariffa oraria di € 25,00 lordi, previa timbratura del codice "08".

Resta inteso che stante l'eccezionale rilevanza sociale e di sanità pubblica dell'iniziativa è ben accetta l'adesione anche a titolo gratuito e per ogni categoria anche dirigenziale, in tal caso fuori orario di servizio



**I.N.R.C.A.**  
**Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani**  
**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

**Presentazione della domanda**

I soggetti interessati dovranno inviare la domanda di adesione, redatta secondo lo schema allegato, all'ufficio Protocollo I.N.R.C.A. in Via Santa Margherita 5 - 60124 Ancona **entro le ore 12:00 del 31 marzo 2021** secondo una delle seguenti modalità:

- **spedita a mezzo raccomandata** entro le ore 12:00 della data di scadenza del presente avviso; in questo caso la data e ora di spedizione della domanda è comprovata dal timbro dell'Ufficio Postale accettante,
- **consegnata a mano** entro la data di scadenza stabilita per il presente avviso, presso l'Ufficio Protocollo I.N.R.C.A. in Via Santa Margherita 5 - 60124 Ancona; nel giorno di scadenza dell'avviso l'Ufficio Protocollo accetta la domanda di partecipazione fino alle ore 12.00 e non oltre;
- **con Posta Elettronica Certificata (PEC)** all'indirizzo **inrca.protocollo@actaliscertymail.it** tramite la **propria personale casella PEC**. La domanda e i relativi allegati, unitamente alla fotocopia del documento d'identità, deve essere inviata in unico file formato pdf. Le domande inviate da una casella di posta elettronica non certificata o non appartenente al candidato, saranno considerate irricevibili, con conseguente esclusione dei candidati.

I dati forniti dai candidati saranno trattati nel rispetto del Regolamento europeo in materia di privacy (n.2016/679) e del D. Lgs 196/2003 s.m.i..

Ancona, **26 MAR. 2021**

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Gianni Genga)

Spett.le Direzione \_\_\_\_\_

(indicare direzione di riferimento per la domanda inoltrata)

Via Santa Margherita 5  
60124 ANCONA

Posta certificata  
[inrc.protocollo@actaliscertymail.it](mailto:inrc.protocollo@actaliscertymail.it)

**OGGETTO: Avviso relativo alla adesione all'espletamento di attività di vaccinazione anti Covid-19**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
dipendente a tempo di questo Istituto,

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di  
**adesione all'espletamento di attività vaccinazione anti Covid-19**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dal D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo Unico delle Disposizioni Legislative e Regolamentari in materia di documentazione amministrativa", **consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci**, nonché della sanzione della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera,

**DICHIARA**

- Di essere nato/a a ..... prov ..... il .....
- Di essere residente in via .....  
n.....C.A.P.....Città.....Prov...  
.....
- Di essere dipendente dell'I.N.R.C.A. nella qualifica di  
\_\_\_\_\_ Cat \_\_\_\_\_ presso  
l'U.O./Servizio \_\_\_\_\_
- Di essere in servizio a tempo pieno;
- Di essere esente da limitazioni operative non compatibili con l'attività di prestazione diretta di attività assistenziali alla persona e/o con l'attività di somministrazione del vaccino Covid-19 (per il solo personale sanitario);
- Di essere disponibile a sottoporsi ad apposito programma di formazione
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali (D.lgs n°196/1993 e s.m.i.)
- Che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga effettuata ai seguenti recapiti:
- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| Indirizzo: _____ | N° _____              |
| _____            | CAP _____ Città _____ |
| _____            | Tel _____             |
| Cellulare _____  | mail _____            |

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma