

AVVISO RIAPERTURA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PROGETTO

Bando “Screening del Cancro del Colon Retto – ASL Roma 4 anno 2025”

La Direzione Sanitaria, il Dipartimento di Prevenzione, il Coordinamento Screening Oncologico ed il DAPSS pubblicano il seguente avviso volto ad acquisire la disponibilità del personale afferente al DAPSS a partecipare al Primo e Secondo Livello del Progetto Screening del Colon Retto.

Le attività per le quali si richiede l’adesione sono le seguenti:

1. Primo livello del Progetto, gestito dal Coordinamento Screening Oncologico, riguarda:
 - attività di front-office relative alla distribuzione e ritiro del Kit per l’esecuzione del test della ricerca del sangue occulto fecale

Requisito di partecipazione:

- **Dipendente a tempo indeterminato/determinato della ASL Roma 4**
- **Preferibilmente di aver partecipato al progetto negli anni precedenti**
- **Buona competenza dei sistemi informativi**
- **Buone capacità relazionali con gli utenti**
- **Disponibilità per l’anno 2025**
- **L’eventuale disdetta dall’attività progettuale dovrà essere comunicata, per motivi organizzativi, con almeno 60 giorni di anticipo.**

2. Primo livello del Progetto, gestito dal Coordinamento Screening Oncologico, riguarda:

- attività di laboratorio analisi relativi alla lettura dello specifico test

Requisito di partecipazione:

- **Dipendente a tempo indeterminato/determinato della ASL Roma 4 Tecnico di laboratorio biomedico**
- **Preferibilmente di aver partecipato al progetto negli anni precedenti**
- **Buona competenza dei sistemi informativi**
- **Buone capacità relazionali con gli utenti**
- **Disponibilità per l’anno 2025**
- **L’eventuale disdetta dall’attività progettuale dovrà essere comunicata, per motivi organizzativi, con almeno 60 giorni di anticipo.**

3. Secondo Livello: gestito dal Coordinamento Screening Oncologico, riguarda:
- l'esecuzione di esame strumentale (colonscopia)
 - **Dipendente a tempo indeterminato/determinato della ASL Roma 4 infermiere**
 - **Conoscenza ed esperienza nell'assistenza relativa alle tecniche endoscopiche**
 - **Preferibilmente di aver partecipato al progetto negli anni precedenti**
 - **Buona competenza dei sistemi informativi**
 - **Buone capacità relazionali con gli utenti**
 - **Disponibilità per l'anno 2025**
 - **L'eventuale disdetta dall'attività progettuale dovrà essere comunicata, per motivi organizzativi, con almeno 60 giorni di anticipo**

La manifestazione di interesse deve avvenire attraverso mail inviata al D.A.P.S.S. (dapss@aslroma4.it) entro e non oltre il 25/11/25.

La domanda deve essere inoltrata dall'interessato inviando il file allegato adeguatamente compilato

NON VERRANNO ACCETTATE MAIL CHE NON RISPETTANO I REQUISITI RICHIESTI.

Il Direttore de Dipartimento di Prevenzione
Dr Pierluigi Ugolini



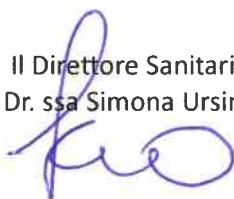
Il Coordinatore Screening Oncologici
Dr.ssa Elisabeth Galliano



Il Direttore FF UOC Gestione del personale di assistenza e riabilitazione
Dr. ssa Alessia De Angelis



Il Direttore Sanitario
Dr. ssa Simona Ursino



Al DAPSS
(dapss@aslroma4.it)

Domanda di partecipazione bando Progetto screening colon 2025

Il/La sottoscritto/a.....

Esprime la volontà di partecipare al bando:

- ☐ **Primo livello del Progetto**, gestito dal Coordinamento Screening Oncologico, riguarda: **attività di front-office relative alla distribuzione e ritiro del Kit per l'esecuzione del test della ricerca del sangue occulto fecale**
- ☐ **Primo livello del Progetto**, gestito dal Coordinamento Screening Oncologico, riguarda: **attività di laboratorio analisi relativi alla lettura dello specifico test**
- ☐ **Secondo Livello**: gestito dal Coordinamento Screening Oncologico, riguarda: **l'esecuzione di esame strumentale (colonscopia)**

A tal fine, a i sensi di quanto previsto dal DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni ivi previste, dichiara (barrare le voci sottostanti e inserire i dati richiesti):

- ☐ di essere in possesso dei requisiti richiesti dal bando
di aver già partecipato al Progetto nell'anno.....
matricola N°.....
qualifica.....
sede di servizio (es. Ospedale Padre Pio; Distretto 1, ecc.)
UO/UOC di afferenza (es. Medicina; Casa delle salute)
numero telefonico.....
- ☐ non avere limitazioni/prescrizioni
- ☐ di avere limitazioni/prescrizioni

A tal fine **AUTORIZZO** il DAPSS ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti sottoindicati con la

sottoscrizione del presente modulo.

- I dati raccolti dalla domanda di partecipazione al bando saranno inseriti all'interno di un file excel a cura della segreteria DAPSS.
- Il file excel, nella sua versione definitiva, sarà inviato, via mail, con documento criptato a: Direzione Generale, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, Direttori e Referenti dei progetti, IO 01 e IO 02 di riferimento.
- La segreteria DAPSS comunicherà agli interessati, tramite mail, l'accettazione o meno della domanda ed indicherà il referente del progetto.
- La programmazione dell'attività di prestazione aggiuntiva sarà effettuata dal referente del progetto.

Data.....

Firma