

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: [asl.rieti@pec.it](mailto:asl.rieti@pec.it)  
C.F. e P.I. 00821180577

UOS: Sviluppo Competenze e Formazione  
POSIZIONE ORGANIZZATIVA: Dott. Marino Formichetti  
Tel. 0746279456 Fax 0746278742 – e-mail: [formazione@asl.rieti.it](mailto:formazione@asl.rieti.it)  
Responsabile per quanto comunicato: Sig.ra Cenciotti Antonella

## AVVISO INTERNO

### MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITÀ A CONSEGUIRE L'ABILITAZIONE DI FORMATORE PER LE "MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE PER GLI OPERATORI SANITARI ESPOSTI A MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI"

Al fine di ottemperare agli obblighi formativi previsti dal D.Lgs.81/2008 e s.m.i., è intendimento di questa Azienda ricercare, nell'ambito delle proprie risorse umane, personale idoneo a conseguire l'abilitazione di formatore, per la parte pratica, nell'ambito dei corsi relativi alle misure di prevenzione e protezione per gli operatori sanitari esposti a movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti.

Il personale previa verifica dei requisiti richiesti, parteciperà ad un corso specifico per ottenere l'abilitazione alla docenza in qualità di Formatore per le attività di prevenzione del rischio da movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti.

Potrà manifestare la propria volontà il personale dipendente (tempo indeterminato/determinato) appartenente ai profili professionali di: **Infermiere, Fisioterapista e Tecnico Sanitario di Radiologia Medica.**

Gli interessati dovranno compilare il modulo allegato (ALL. 1) entro il 28/06/2021 e inviarlo tramite e-mail alla UOS Sviluppo Competenze e Formazione ([formazione@asl.rieti.it](mailto:formazione@asl.rieti.it)).

  
UOS SVILUPPO COMPETENZE E FORMAZIONE  
Dott. Marino Formichetti

## AZIENDA ASL RIETI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di essere dipendente (tempo indeterminato/determinato) della suddetta Azienda,  
matr. \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e di  
prestare attualmente servizio presso la  
struttura \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_;

### E

esprime la propria volontà a conseguire la qualifica di Formatore per le attività di prevenzione del rischio da movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti programmato dell'Azienda.

Rieti li \_\_\_\_\_

Firma per esteso  
\_\_\_\_\_