AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

AVVISO PUBBLICO

PERCORSO FORMATIVO SPERIMENTALE DI OPERATORE SOCIO SANITARIO ABBREVIATO

In esecuzione di Deliberazione DG n. 878 del 06/08/2025 vengono riaperti i termini per la presentazione delle domande nell'Unità Didattica "Primo Soccorso" per l'anno scolastico 2025/2026

Unità didattica	Ore Teoria	Ore Laboratorio	Requisiti richiesti
Primo Soccorso	8	10	Laurea in Medicina e Chirurgia con esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici

Le domande potranno essere presentate entro il 21/08/2025

La domanda per il conferimento dell'insegnamento , redatta in carta semplice secondo il fac-simile predisposto (Allegato n. 1), deve essere indirizzata alla Direttrice dei corsi di formazione per Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana, Via Roma, 67 – 56126 Pisa e può essere presentata secondo una di queste modalità:

- Consegna presso l'ufficio protocollo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana;
- Spedizione mediante raccomandata con avviso di ricevimento. Non saranno accolte le domande pervenute oltre il termine fissato anche se recanti il timbro postale di spedizione antecedente. Questa Azienda non risponde di eventuali disguidi o ritardi derivanti dal Servizio postale.
- Inoltro con posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo pec-aoupisana@legalmail.it: in tale caso farà fede la ricevuta del gestore. Si ricorda che il ricorso a questa modalità è consentito esclusivamente a condizione che il candidato sia in possesso di casella di posta elettronica certificata. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato.

Pisa 07/08/2025

La Direttrice dei Corsi OSS
F.to Dr.ssa Federica Melani

La Direttrice UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane
F.to Dr.ssa Gabriella Pellegrini

AVVISO PUBBLICO

PERCORSO FORMATIVO SPERIMENTALE DI OPERATORE SOCIO SANITARIO ABBREVIATO

Nell'ambito del percorso formativo sperimentale di Operatore Socio Sanitario abbreviato di cui da ultima alla Deliberazione GRT n. 1069 del 26/09/2022 e nelle more del rinnovo del rapporto di collaborazione tra A.O.U.P. e Istituto di Istruzione Superiore "E. Santoni", viene reso noto il presente avviso per il conferimento degli incarichi di docenza a personale dipendente A.O.U.P., presso l'Istituto di Istruzione Superiore "E. Santoni" nell'ambito del percorso formativo sperimentale suddetto per gli anni scolastici dal 2023-2024 al 2024-2025**. Per l'Unità Didattica** *Organizzazione del servizio sociale per la presa in carico della persona/famiglia non autosufficiente Analisi e discussione di casi applicati al contesto socio-sanitario Analisi e discussione* **la partecipazione è estesa anche al personale appartenente ad altre Aziende Sanitarie**

Le aree di insegnamento oggetto del presente avviso sono quelle elencate nel seguito:

AREA PROFILO INFERMIERISTICO			
Unità didattica	Ore Teoria	Ore Laboratorio	Requisiti Richiesti
Bioetica e deontologia		5	Diploma di Laurea infermieristica o titoli equipollenti, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici
Organizzazione e metodologia dei servizi sanitari	12	-	Diploma di Laurea infermieristica o titoli equipollenti + Master di I livello in management o DAI, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici
Igiene e comfort ambientale	10	5	Diploma di Laurea infermieristica o titoli equipollenti, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici
Interventi sanitari per la persona con disabilità e con disagio psichico	5	4	Diploma di Laurea infermieristica o titoli equipollenti, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo **di cui almeno 2 nell'ambito della**

			gestione del paziente psichiatrico maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici
Assistenza di base alla persona/caregiver	20	25	Diploma di Laurea infermieristica o titoli equipollenti, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici

AREA PROFILO MEDICO			
Unità didattica	Ore Teoria	Ore Laboratorio	Requisiti richiesti
Protezione e sicurezza dei lavoratori	12	-	Laurea in Medicina e Chirurgia + Specializzazione in Medicina del Lavoro / Diploma di Laurea in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro con esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici
Primo Soccorso	8	10	Laurea in Medicina e Chirurgia con esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici,

AREA PROFILO NON MEDICO			
Unità didattica	Ore Teoria	Ore Laboratorio	Requisiti richiesti
Legislazione sanitaria e aspetti giuridici		3	Laurea in Giurisprudenza con esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici
Organizzazione del servizio sociale per la presa in carico della persona/famiglia non autosufficiente. Analisi e discussione di casi applicati al contesto socio-		10	Laurea in Programmazione e politiche dei servizi sociali con esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o

sanitario			in strutture private accreditate o in enti pubblici (**insegnamento aperto anche a personale appartenente ad altre Aziende Sanitarie**)

AREA PROFILO TECNICO SANITARIO			
Unità didattica	Ore Teoria	Ore Laboratorio	**Requisiti richiesti**
Interventi riabilitativi alla persona	10	10	Diploma di Laurea in Fisioterapia o titoli equipollenti con esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici

Il titolo di studio richiesto per il conferimento dell'incarico di docenza, non potrà essere valutato ai fini del calcolo del punteggio del candidato.

CRITERI DI SELEZIONE	
Laurea vecchio ordinamento o magistrale attinente	7 punti
Diploma di laurea attinente	4 punti
Specializzazione post laurea	4 punti
Master universitario di I° livello attinente	2,20 punti
Master universitario di II° livello attinente	3 punti
Diploma DAI, I.I.D. o omologhi	3 punti
Certificato A.F.D.	2 punti
Corso di specializzazione regionale in area sanitaria/tecnico/professionale	0,50 punti
Corso Perfezionamento attinente	0,50 punti
Altri titoli attinenti	0,50 punti

TITOLI DI CARRIERA

Anzianità di servizio (non saranno valutati periodi di servizio inferiori a 3 mesi non continuativi) per un massimo di 15 punti	1,80 punti per ogni anno
Attività di coordinamento del ruolo sanitario in strutture sanitarie SSN e/o Convenzionate SSN per un massimo di 10 punti	0,50 punti per anno

PUBBLICAZIONI RIFERITE ALLO SPECIFICO PROFESSIONALE

Pubblicazioni individuali su riviste indicizzate attinenti	0,25 punti
Pubblicazioni individuali o co-autore su riviste professionali a carattere provinciale o regionale attinenti	0,20 punti
Abstract o poster attinente	0,10 punti
Testo come autore attinente	0,25 punti
Testo come collaboratore attinente	0,20 punti

DOCENZA

Docenza presso corsi universitari (per un massimo di 20 punti)	2 punti per anno
Docenza corsi regionali e provinciali (per un massimo di 12 punti)	0,75 punti per anno

Attività di tutor presso corsi OSS e universitari se attinenti	0,15 punti per anno

NB In caso di docenza svolta in ambiti diversi (universitario/regionale/provinciale) nel medesimo anno formativo sarà valutata esclusivamente la docenza con punteggio maggiore

PARTECIPAZIONI A SEMINARI, CONGRESSI, CORSI DI AGGIORNAMENTO (EVENTI DAL 01/01/2019

relatore	0,10 punti
partecipante	0,01 punti

Pubblicazione
Il bando rimarrà pubblicato sul sito internet aziendale www.ospedaledipisa.it per 15 giorni.

Termine di presentazione
Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il

26 Luglio 2023

Farà fede il timbro di arrivo al protocollo Aziendale.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio. Il mancato rispetto determina l'esclusione dalla procedura di cui trattasi.
Qualora detto giorno sia festivo il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Modalità di presentazione
La domanda per il conferimento dell'insegnamento, redatta in carta semplice secondo il fac-simile predisposto, deve essere indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana, Via Roma, 67 – 56126 Pisa e può essere presentata secondo una di queste modalità:

1) consegna presso l'ufficio protocollo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana;
1) spedizione mediante raccomandata con avviso di ricevimento. Non saranno accolte le domande pervenute oltre il termine fissato anche se recanti il timbro postale di spedizione antecedente. Questa Azienda non risponde di eventuali disguidi o ritardi derivanti dal Servizio postale.
2) inoltro con posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo pec-aoupisana@legalmail.it: in tale caso farà fede la ricevuta del gestore. **Si ricorda che il ricorso a questa modalità è consentito esclusivamente a condizione che il candidato sia in possesso di casella di posta elettronica certificata.** Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato.

Il candidato dovrà auto-certificare il possesso dei requisiti necessari sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n° 445 del 28/10/2000 e dagli articoli 483-489-495 e 496 del Codice Penale per le dichiarazioni ed atti falsi e mendaci .

Le dichiarazioni incomprensibili non saranno ritenute valide ai fini della formulazione della graduatoria.

Alla domanda dovrà essere allegato:
1) fotocopia di documento di identità in corso di validità;
2) elenco in carta semplice, firmato e datato, dei documenti e titoli presentati;

3) curriculum formativo e professionale (fac simile Allegato n. 4), redatto in carta semplice, datato e firmato e riportante la seguente dicitura: "*ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al DPR 445/00, si dichiara che le informazioni contenute nel presente curriculum corrispondono al vero*";
4) copia conforme all'originale delle pubblicazioni;

Il conferimento della docenza avverrà a seguito dell'esame del curriculum e della valutazione dell'esperienza professionale inerente i contenuti richiesti dall'insegnamento, documentata ai sensi della normativa vigente.

Il docente è tenuto a:

1. svolgere l'attività di docenza secondo un calendario programmato tra l'A.O.U.P. e l'Istituzione Scolastica
2. proporre la bibliografia e/o fornire materiale di supporto allo studio;
3. favorire il sostegno ed il recupero dello studente qualora si riscontrino difficoltà di apprendimento
4. concorrere a delineare il profilo dello studente in merito all'apprendimento ed all'attitudine professionale.

L'attività di docenza comporta l'effettuazione di ore di teoria e/o di laboratorio connesse alla materia.
Le lezioni si terranno presso la sede dei corsi OSS AOUP OSS ed. 19 – Presidio Ospedaliero "S. Chiara", via Roma 67 – PISA salvo diverse disposizioni dovute ad esigenze contingenti che richiedano di svolgerle presso la sede dell'Istituzione Scolastica.

Le domande pervenute saranno esaminate da un'apposita Commissione così composta:

- Dr.ssa Federica Melani Collaboratore Professionale Sanitario operante nell'ambito delle Direzione infermieristica;
- Dr.ssa M. Carola Martino Dirigente Medico operante nell'Area della Direzione Sanitaria ;
- Drssa Cecilia Conforti Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere operante nell'ambito delle Direzione infermieristica.

Detta Commissione si avvarrà di un Segretario individuato nella persona della Dott.ssa Francesca Fontana Collaboratore Professionale Amministrativo in servizio presso l'U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane.

Dall'esame delle domande pervenute sarà predisposta un'apposita graduatoria, mediante assegnazione del punteggio individuato sulla base dei criteri stabiliti nel presente bando.

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana procederà ai controlli di legge previsti sulle dichiarazioni rese dai candidati.

LA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI INSEGNAMENTO NELL'AMBITO DEL PERCORSO FORMATIVO SPERIMENTALE DI OPERATORE SOCIO SANITARIO ABBREVIATO SARA' RESA NOTA MEDIANTE PUBBLICAZIONE SUL SITO INTERNET DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

Gli interessati potranno presentare domanda di insegnamento per massimo n. 3 materie **presentando una domanda per ognuna di esse**. A ciascun docente verrà conferito un solo incarico di insegnamento.

A parità di punteggio vale la regola della precedenza dell'aspirante più giovane d'età ai sensi della Legge 191/1998.

L'incarico si intende conferito personalmente, pertanto non saranno possibili sostituzioni.

Il compenso orario per l'insegnamento, che sarà liquidato al termine dello svolgimento delle ore assegnate al docente, viene attribuito a tutti i docenti secondo le misure e modalità previste dall'Accordo Contrattuale dei Dipendenti del S.S.N., attualmente in vigore.

I docenti formalmente incaricati, come previsto dalla Regione Toscana, saranno sottoposti a valutazione individuale in merito all'attività didattica svolta attraverso la determinazione dell'indice di soddisfazione degli studenti.
Per quanto non specificamente indicato nel presente avviso si fa riferimento alle disposizioni già impartite o che saranno impartite dalla Regione Toscana.

L'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA SI RISERVA LA FACOLTA', QUALORA NE RILEVASSE LA NECESSITA' O L'OPPORTUNITA', DI PROROGARE, MODIFICARE O REVOCARE IL PRESENTE AVVISO.

Informativa Trattamento dei dati personali a*i sensi del D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003:*

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della procedura di selezione per l'affidamento degli incarichi di insegnamento nell'ambito del percorso formativo sperimentale di Operatore Socio Sanitario abbreviato per gli anni scolastici dal 2023/2024 al 2025/2026.
Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione di quanto disposto dallo stesso D.Lgs. n. 196/03, in modo da assicurare la tutela della riservatezza dell'interessato, fatta comunque salva la necessaria pubblicità delle procedure selettive di ammissione e gestione del corso ai sensi delle disposizioni normative vigenti.
Il trattamento verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità statistiche o di ricerca avverrà dopo che gli stessi saranno stati resi anonimi. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Il responsabile del trattamento è il Dirigente dell'U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane.
L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato Decreto tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui quello di far rettificare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché ancora quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell' l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Pisa, data 12/07/2023

Il Direttore dei corsi di formazione per Operatore Socio Sanitario
F.to Dott.ssa Federica Melani

Il Direttore U. O . Politiche e Gestione delle Risorse Umane
F.to Dott.ssa Gabriella Pellegrini

Allegato n.1) – Fac-simile domanda di partecipazione

SELE-SCUOLE_23

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana
Via Roma n. 67 – 56126 Pisa

Il/La sottoscritto/a_____

chiede di partecipare alla selezione per il conferimento dell'incarico di insegnamento presso l'Istituto di Istruzione Superiore "E. Santoni" nell'ambito del percorso formativo sperimentale di Operatore Socio Sanitario abbreviato per gli anni scolastici dal 2023/2024 al 2025/2026, nella seguente materia:

A tal fine dichiara ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000,consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 445/2000 e degli articoli 483-489-495 e 496 del Codice Penale, sotto la propria responsabilità, quanto segue :

di essere nato/a _____ il _____

di essere residente in_____cap_____

via_____

domicilio *(se diverso dalla residenza)*_____

di svolgere la seguente attività lavorativa _____

presso (indicare la sede di lavoro)_____

Via _____ città _____

Telefono/cell. n. _____e-mail_____

cod. fiscale_____

iscritto/a al Collegio/Albo _____

di_____dal_____ n° di iscrizione _____

<u>Titoli accademici e professionali attinenti</u>

<u>Di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e professionali :</u>

-Diploma di scuola media superiore conseguito presso _____

in data _____

-Laurea (vecchio ordinamento o specialistica) in _____

conseguita presso _____in data _____

- Laurea di I° livello in _____

conseguita presso _____ in data _____

- Specializzazione post – lauream in _____

conseguita presso _____ in data _____

- Master universitario I°- II° livello in _____

conseguito presso _____ in data _____

- Diploma DAI/I.I.D o omologhi

conseguito presso _____ in data _____

- Attestato AFD

conseguito presso _____ in data _____

- Corso perfezionamento (attinente) in _____

frequentato presso _____ in data _____

- Corso di specializzazione regionale in area sanitaria/tecnico /professionale _____

frequentato presso _____in data _____

- Altro titolo posseduto attinente_____

conseguito presso _____ in data _____

<u>Anzianità di servizio</u>

(non saranno valutati periodi di servizio inferiori a 3 mesi non continuativi)

<u>Per l'Area Profilo Medico: deve essere indicato il profilo, la disciplina e l'area di inquadramento</u>

di aver prestato servizio dal _____al_____

presso _____

nel seguente profilo _____

di aver prestato servizio dal _____al_____

presso _____

nel seguente profilo _____

di aver prestato servizio dal _____al_____

presso _____

nel seguente profilo _____

di aver prestato servizio dal _____al_____

presso _____

nel seguente profilo _____

Pubblicazioni riferite allo specifico professionale (vedi documentazione allegata)

- Pubblicazioni individuali su riviste indicizzate- n. pubblicazioni _____
- Pubblicazioni individuali come co-autore su riviste professionali a carattere provinciale o regionale - n. pubblicazioni _____
- Abstract o poster - n. pubblicazioni _____
- Testo come autore - n. pubblicazioni _____
- Testo come collaboratore - n. pubblicazioni _____

Attività di docenza

Docenza presso corsi universitari

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____
Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

<u>Docenza presso corsi regionali</u>

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Docenza presso corsi provinciali

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

- Corsi aggiornamento, seminari, congressi etc (dal 1/1/2019):

Numero relazioni _____

Numero partecipazioni_____

Attività di tutor presso corsi OSS/universitari attinenti

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

- di impegnarsi al rispetto dei seguenti adempimenti al fine di garantire la qualità e la continuità dell'apprendimento degli studenti :
  - svolgere l'attività di docenza secondo un calendario programmato tra l'A.O.U.P. e l'Istituzione Scolastica;
  - proporre la bibliografia e/o fornire materiale di supporto allo studio;
  - favorire il sostegno ed il recupero dello studente qualora si riscontrino difficoltà di apprendimento;
  - concorrere a delineare il profilo dello studente in merito all'apprendimento ed all'attitudine professionale.

- di aver preso visione dell'avviso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana per il conferimento degli incarichi di insegnamento presso l'Istituto di Istruzione Superiore "E. Santoni" nell'ambito del percorso formativo sperimentale di Operatore Socio Sanitario abbreviato per gli anni scolastici dal 2023/2024 al 205/2026.

- ❑ di aver presentato domanda di insegnamento anche nelle seguenti materie (non più di due oltre la presente) :

_____

_____

In caso di utile collocazione in graduatoria delle materie prescelte il/la sottoscritto/a dichiara il seguente ordine di preferenza

1) _____
2) _____
3) _____

Il /La sottoscritto/a allega alla presente domanda :
- il curriculum formativo e professionale
- fotocopia di documento di identità in corso di validità

- _____

- _____

- _____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre che tutta la documentazione allegata in copia è conforme all'originale.

La presentazione della domanda di partecipazione all'avviso in oggetto implica il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili secondo il D.Lgs 196/2003 e smi.

_____
(data)

In fede

_____
(firma)

Allegato n. 2)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m. i.)

Il/la sottoscritto/a_____
(cognome e nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via_____n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

……..…

…….……..

…….……...

…….……...

…….……...

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 196/03 ss.mm.ii. "Codice in materia di protezione dei dati personali", che il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della procedura per il quale la presente dichiarazione viene resa

…….
(luogo, data)

Il Dichiarante

……..

Allegato n. 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m. i.)

Il/la sottoscritto/a_____
(cognome e nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via_____n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi , richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

…….…….....

.....

…….……

……

…….……

……

…….……

……

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 196/03 ss.mm.ii. "Codice in materia di protezione dei dati personali", che il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della procedura per il quale la presente dichiarazione viene resa

……
(luogo, data)

Il Dichiarante

……..

Allegato n. 4) -Fac simile per dichiarare Curriculum formativo e professionale

Curriculum formativo e professionale
redatto ai sensi degli Artt. 46 e 47 DPR 445/2000
(dichiarazione sostitutiva di certificazione - dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)

Il sottoscritto/a _____
Residente in_____
Provincia di _____ Via/Piazza _____
CAP_____

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR 445/2000), dichiara i seguenti stati, fatti e qualità personali:

Titoli accademici e di studio:

Per ogni titolo precisare:

-Ente che ha rilasciato il titolo
- durata del corso
- data di conseguimento
- votazione riportata.

_____

_____

Titoli di carriera intesa come esperienza di lavoro maturata nel profilo professionale di appartenenza

Per ogni servizio precisare:

-Ente presso il quale il servizio è stato prestato (nominativo, struttura privata accreditata/convenzionata o meno ...);
-Natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto subordinato a tempo indeterminato/determinato; contratto di collaborazione; consulenza .....ecc.);
-Qualifica rivestita;
-Tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno - parziale, con l'indicazione del numero di ore svolte alla settimana, ... ecc.);
-Data di inizio e data di fine del rapporto di lavoro;
-Indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ...ecc.);

_____

_____

Attività didattica

Per ogni docenza indicare:

-Ente presso cui sono state effettuate;
-Periodo, n. ore, oggetto

_____

_____

Attività formativa e di perfezionamento:

Per ogni Corso di formazione frequentato indicare:

-Oggetto;
-la data e il luogo di svolgimento;
-l'Ente organizzatore;
-l'eventuale esame finale;
-crediti formativi attribuiti

Allegare in originale o in copia conforme all'originale eventuali pubblicazioni

_____

_____

Dichiaro inoltre che le fotocopie allegate sono conformi agli originali in mio possesso e che quanto dichiarato nella domanda e nei documenti ad essa allegati corrisponde al vero.
Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità

Luogo e data_____

FIRMA_____