



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA



## AVVISO PUBBLICO

### CORSO DI FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA PER OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.) CONFERIMENTO DI INCARICHI DI INSEGNAMENTO ANNO FORMATIVO 2019-2020

In attuazione del Provvedimento del Direttore U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana n. 417 del 22/05/2020 viene reso noto il presente avviso per il conferimento degli incarichi di docenza presso il Modulo di formazione Complementare in Assistenza Sanitaria per Operatore Socio Sanitario (OSS) - anno formativo 2019-2020

Le aree di insegnamento oggetto del presente avviso sono le seguenti:

| AREA PROFILO INFERMIERISTICO                                                |               |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unità didattica                                                             | Ore<br>Teoria | Ore<br>Laboratori<br>o | Requisiti Richiesti                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Aspetti Giuridici ed Etici                                                  | 8             | -                      | 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, iscrizione all'Ordine |
| Organizzazione del Lavoro                                                   | 5             | 5                      | Diploma di Laurea specialistica in infermieristica o DAI + Master di I livello in management, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici, iscrizione all'Ordine      |
| Prestazioni assistenziali per l'attuazione dei percorsi terapeutici         | 40            | 10                     | 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, iscrizione all'Ordine |
| Prestazioni assistenziali per l'attuazione dei percorsi in ambito ostetrico | 10            |                        | Diploma di Laurea ostetrica 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, iscrizione all'Ordine                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Prestazioni assistenziali per l'attuazione dei percorsi diagnostici</b>                                   | 15 | 4 | 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, iscrizione all'Ordine                                                       |
| <b>Prestazioni assistenziali per l'attuazione dei percorsi riabilitativi (2)</b>                             | 6  | 4 | 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, iscrizione all'Ordine                                                       |
| <b>Prestazioni assistenziali per il controllo e la prevenzione delle infezioni ospedaliere e comunitarie</b> | 10 | 4 | Diploma di Laurea infermieristica o titoli equipollenti, esperienza lavorativa specifica di almeno 3 anni consecutivi nella materia delle infezioni ospedaliere e comunitarie maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici, iscrizione all'Ordine |

| <b>AREA PROFILO MEDICO</b>                                                              |                   |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Unità didattica</b>                                                                  | <b>Ore Teoria</b> | <b>Ore Laboratorio</b> | <b>Requisiti richiesti</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Anatomia e Fisiologia</b>                                                            | 22                | -                      | Laurea in Medicina e Chirurgia + almeno una Specializzazione 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, iscrizione all'Ordine                                                         |
| <b>Elementi di Igiene</b>                                                               | 10                | -                      | Laurea in Medicina e Chirurgia + Specializzazione in igiene, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici, iscrizione all'Ordine                                                              |
| <b>Farmacologia e Farmacoterapia – Prestazioni assistenziali nell'emergenza urgenza</b> | 35                | 8                      | Laurea in Medicina e Chirurgia + Specializzazione in Anestesia e Rianimazione o Chirurgia d'urgenza o Medicina d'urgenza, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici, iscrizione all'Ordine |
| <b>Elementi di Patologia Medica e Chirurgica</b>                                        | 30                | -                      | Laurea in Medicina e Chirurgia + Specializzazione in Chirurgia Generale o Medicina Generale Interna, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti                                                      |

|                                              |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------|----|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              |    |   | pubblici, iscrizione all'Ordine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Protezione e Sicurezza dei Lavoratori</b> | 12 | 4 | 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, iscrizione all'Ordine |

| <b>AREA PROFILO NON MEDICO</b>                     |            |            |                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------|------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Unità didattica</b>                             | <b>Ore</b> | <b>Ore</b> |                                                                                                                                                                                 |
|                                                    | Teoria     | Laboratori | <b>Requisiti richiesti</b>                                                                                                                                                      |
| <b>Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione</b> | 7          | -          | Laurea in Psicologia, esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici                |
| <b>Legislazione Sanitaria</b>                      | 7          | -          | Laurea in Giurisprudenza esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi nel profilo maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici |

| <b>AREA PROFILO TECNICO SANITARIO</b>                                            |            |             |                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Unità didattica</b>                                                           | <b>Ore</b> | <b>Ore</b>  |                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | Teoria     | Laboratorio | <b>Requisiti richiesti</b>                                                                                                                                                                                         |
| <b>Prestazioni assistenziali per l'attuazione dei percorsi riabilitativi (1)</b> | 6          |             | 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.**

| <b>CRITERI DI SELEZIONE</b>                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>TITOLI ACCADEMICI E PROFESSIONALI</b>                                    |            |
| Laurea vecchio ordinamento o magistrale/specialistica attinente             | 7 punti    |
| Diploma di laurea attinente                                                 | 4 punti    |
| Specializzazione post lauream                                               | 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 |
| <b>TITOLI DI CARRIERA</b>                                                   |            |

|                                                                                                                                 |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anzianità di servizio (non saranno valutati periodi di servizio inferiori a 3 mesi non continuativi) per un massimo di 15 punti | 1,80 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 per ogni 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 |
| Docente/Relatore a corsi aggiornamento, seminari, congressi ecc svolti dal 01/01/2013 alla data di scadenza del bando | 0,25 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**

#### **PARTECIPAZIONE A CORSI AGGIORNAMENTO Accreditati ECM**

**(effettuati dal 01/01/2017 alla data di scadenza del bando)- MASSIMO 7 PUNTI**

|               |            |
|---------------|------------|
| 1 credito ECM | 0,20 punti |
|---------------|------------|

#### **PARTECIPAZIONE A CORSI AGGIORNAMENTO NON Accreditati ECM**

**(effettuati dal 01/01/2017 alla data di scadenza del bando)- MASSIMO 4 PUNTI**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 3 giorni o superiore | 0,30 punti per corso |
| 2 giorni             | 0,20 punti per corso |
| 1 giorno             | 0,10 punto per corso |

#### **PUBBLICAZIONE, MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

##### **Pubblicazione**

Il bando rimarrà pubblicato sul sito internet aziendale [www.ao-pisa.toscana.it](http://www.ao-pisa.toscana.it) per 15 giorni.

##### **Termine di presentazione**

Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il

**10 Giugno 2020**

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 presso il suddetto corso, redatta in carta semplice secondo il fac-simile predisposto (Allegato n. 1), deve essere indirizzata al Direttore 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:

- 1) consegna presso l'ufficio protocollo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana;
- 2) 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.
- 3) inoltro con posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo [pec-aoupisana@legalmail.it](mailto: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 pena la non valutazione;
- 5) copia conforme all'originale delle attestazioni relative all'attività svolta come docente/relatore a corsi di aggiornamento etc. e delle attestazioni relative alla partecipazione a corsi, dalle quali risulti se accreditati anche il numero dei crediti ECM, qualora trattasi di attività svolta presso o per Soggetti diversi da Pubbliche Amministrazioni e da gestori di pubblici esercizi, pena la non valutazione.

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.

Per il personale AOUP l'attività di docenza potrà essere svolta in orario di servizio o al di fuori dello stesso compatibilmente con le esigenze di funzionamento della struttura presso la quale il docente opera e con il profilo orario dello stesso.

Il personale docente è tenuto a:

1. programmare l'insegnamento dello specifico apporto delle discipline in modo coerente con la globalità del progetto formativo;
2. partecipare alle riunioni di programmazione dell'attività didattica;
3. rispettare gli orari concordati con il Direttore del Corso;
4. proporre la bibliografia e/o fornire materiale di supporto allo studio;
5. favorire il sostegno ed il recupero dello studente qualora si riscontrino difficoltà di apprendimento

6. concorrere a delineare il profilo dello studente in merito all'apprendimento ed all'attitudine professionale.

L'attività di docenza comporta oltre all'effettuazione delle ore di teoria, anche attività di laboratorio connesse alla materia, secondo le indicazioni del Direttore del Corso.

Le lezioni di teoria e le attività di laboratorio si terranno presso la sede di Corsi OSS ed. 19 – Presidio Ospedaliero “S. Chiara”, via Roma 67 – PISA.

La Commissione per esaminare le domande pervenute sarà così costituita:

- |                                                                                                                                 |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| • Dr.ssa Federica Melani Direttore dei Corsi OSS                                                                                | Presidente |
| • Dr.ssa M. Carola Martino Dirigente Medico operante nell'Area della Direzione Sanitaria                                        | Componente |
| • Dr.ssa Cecilia Conforti Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere operante nell'ambito delle Direzione infermieristica | Componente |

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 PRESSO IL CORSO DI FORMAZIONE PCOMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA PER OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.) SARA' RESA NOTA MEDIANTE PUBBLICAZIONE SUL SITO INTERNET: [www.ao-pisa.toscana.it](http://www.ao-pisa.toscana.it)

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.

Gli incarichi di docenza verranno conferiti in via prioritaria al personale dipendente SSN, l'attribuzione di incarichi a Professionisti non dipendenti SSN avverrà esclusivamente nell'ipotesi in cui non sarà possibile ricoprire tutti gli incarichi previsti con personale dipendente SSN.

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 e comprende la docenza in tutte le sezioni attivate .

Il compenso orario per l'insegnamento, che sarà liquidato al termine dello svolgimento delle ore assegnate al docente in relazione al corso a cui si riferisce l'incarico, 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 dei corsisti.

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 ai 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 delle procedure selettive di ammissione e successiva gestione del Corso di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatore Socio-Sanitario.

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' Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Pisa, data 27/05/2020

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 Grazia Valori

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

Al Direttore dei corsi di formazione  
per Operatore Socio Sanitario  
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana  
Via Roma n. 67 – 56126 Pisa

### SELEDOC-FC20

Il/La

sottoscritto/a \_\_\_\_\_

chiede di partecipare alla selezione per il conferimento dell'incarico di insegnamento al Modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatore Socio Sanitario anno formativo 2019-2020, 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 \_\_\_\_\_

#### Titoli accademici e professionali attinenti

#### Di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e professionali :

-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 DA/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 \_\_\_\_\_

Anzianità di servizio

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

**Per l'Area Profilo Medico: deve essere indicato il profilo, la disciplina e l'area di  
inquadramento**

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 \_\_\_\_\_

Docenza presso corsi regionali

**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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**Denominazione del corso** \_\_\_\_\_

Anno di riferimento \_\_\_\_\_

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività \_\_\_\_\_

- Docente/Relatore a corsi aggiornamento, seminari, congressi etc (vedi documentazione allegata)

: ☐ sì / ☐ no

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 \_\_\_\_\_

**PARTECIPAZIONE A CORSI AGGIORNAMENTO Accreditati ECM**  
(effettuati dal 01/01/2017 alla data di scadenza del bando)

|                        |    |
|------------------------|----|
| Crediti ECM conseguiti | n. |
|------------------------|----|

**PARTECIPAZIONE A CORSI AGGIORNAMENTO NON Accreditati ECM**  
(effettuati dal 01/01/2017 alla data di scadenza del bando)

|                      |  |
|----------------------|--|
| 3 giorni o superiore |  |
| 2 giorni             |  |
| 1 giorno             |  |

- ❑ di impegnarsi al rispetto dei seguenti adempimenti al fine di garantire la qualità e la continuità dell'apprendimento degli studenti :
  - programmare l'insegnamento dello specifico apporto delle discipline in modo coerente con la globalità del progetto formativo;
  - partecipare alle riunioni di programmazione dell'attività didattica;
  - rispettare gli orari concordati con il Direttore del Corso;
  - 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 pubblico approvato con Provvedimento del Direttore U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana n. 417 del 22/05/2020;
  
- ❑ 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\_\_\_\_\_