



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA



AVVISO PUBBLICO

**CORSO DI FORMAZIONE PER OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.)
CONFERIMENTO DI INCARICHI DI INSEGNAMENTO
ANNO FORMATIVO 2020-2021**

In attuazione del Provvedimento del Direttore U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana n. 672 del 27/07/2021 viene reso noto il presente avviso per il conferimento degli incarichi di docenza presso i Corsi di formazione per Operatore Socio Sanitario (OSS) – Percorso abbreviato per A.A.B. o titoli equipollenti anno formativo 2020-2021.

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

AREA PROFILO INFERMIERISTICO			
Unità didattica	Ore Teoria	Ore Laboratorio	Requisiti Richiesti
Assistenza di base alla persona e al 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, iscrizione all'Ordine
Bioetica e deontologia	5	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, iscrizione all'Ordine
Organizzazione e metodologia dei servizi sanitari	15	-	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
Igiene e comfort ambientale	10	-	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
Interventi sanitari per la persona con disabilità	7	6	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

Interventi sanitari per la persona con disagio psichico	5	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
Interventi assistenziali al paziente chirurgico	5	-	Diploma di Laurea infermieristica o titoli equipollenti con esperienza lavorativa di almeno 3 anni consecutivi in area chirurgica o sala operatoria maturata in strutture ed Enti SSN o in strutture private accreditate o in enti pubblici, iscrizione all'Ordine
AREA PROFILO TECNICO			
Unità didattica	Ore Teoria	Ore Laboratorio	Requisiti richiesti
Igiene e comfort ambientale	-	5	Attestato di qualifica di OSS con Formazione Complementare in assistenza sanitaria con esperienza lavorativa maturata nell'ambito assistenziale e/o socio-assistenziale di almeno 3 anni consecutivi alla data di scadenza del bando.

AREA PROFILO MEDICO			
Unità didattica	Ore Teoria	Ore Laboratorio	Requisiti richiesti
Epidemiologia ed Igiene	10	-	Laurea in Medicina e Chirurgia + Specializ. in Igiene 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
Protezione e sicurezza dei lavoratori	12	-	Laurea in Medicina e Chirurgia + Specializ. 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
Medicina generale e specialistica	20	-	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, iscrizione all'Ordine
Anatomia e Fisiologia/Primo Soccorso	32	-	Laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Anestesia e Rianimazione, 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

AREA PROFILO NON MEDICO			
Unità didattica	Ore Teoria	Ore Laboratorio	Requisiti richiesti
Psicologia	8	5	Laurea in Psicologia 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
Legislazione sanitaria e aspetti giuridici	20		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
Diritto del lavoro ed orientamento al lavoro	6		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
Interventi sociali all'anziano	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 in strutture private accreditate o in enti pubblici, iscrizione all'Ordine

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

TITOLI ACCADEMICI E PROFESSIONALI

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	1,80 punti per
--	----------------

continuativi) per un massimo di 15 punti	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
Docente/relatore a corsi aggiornamento, seminari, congressi ecc svolti dal 01/01/2014 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 DI AGGIORNAMENTO Accreditati ECM (effettuati dal 01/01/2018 alla data di scadenza del bando) - MASSIMO 7 PUNTI

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

PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO NON Accreditati ECM (effettuati dal 01/01/2018 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 per 15 giorni.

Termine di presentazione

Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il

26 Agosto 2021

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 previo appuntamento telefonico al num. 050992975;
- 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; 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 accreditati dalle quali risulti 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 dei 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'ambito della Direzione Sanitaria | Componente |
| • Dr.ssa Cecilia Conforti Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere | |

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 PER OPERATORE SOCIO SANITARIO (O.S.S.) – PERCORSO ABBREVIATO PER A.A.B. E TITOLI EQUIPOLLENTI 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.

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 della procedura selettiva per il conferimento di incarichi di insegnamento presso i corsi di formazione per Operatore Socio-Sanitario- percorso abbreviato per AAB o titoli equipollenti.

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 11/08/2021

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

SELEDOC-AAB21

Al Direttore dei corsi di formazione
per Operatore Socio Sanitario
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 al Corso di formazione per Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) – Percorso abbreviato per A.A.B. o titoli equipollenti anno formativo 2020-2021, 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 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 _____

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 _____

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 _____

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 _____

- 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 _____

Denominazione del corso _____

Anno di riferimento _____

Struttura presso la quale è stata svolta l'attività _____

partecipazione a corsi di aggiornamento non accreditati ecm
(effettuati dal 01/01/2018 alla data di scadenza del bando)

3 giorni o superiore	n.
2 giorni	n.
1 giorno	n.

partecipazione a corsi di aggiornamento accreditati ecm
(effettuati dal 01/01/2018 alla data di scadenza del bando)

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

- ☐ 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. 672 del 27/07/2021;
- ☐ 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 s.m.i.

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; consulenzaecc.);
 - 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_____