

**AVVISO PUBBLICO****PERCORSO FORMATIVO SPERIMENTALE DI OPERATORE SOCIO SANITARIO  
ABBREVIATO**

Nelle more del rinnovo del Protocollo d'Intesa tra Regione Toscana e Ufficio Scolastico Regionale per la prosecuzione del percorso formativo sperimentale di Operatore Socio Sanitario abbreviato di cui alle Delibere GRT n. 706 del 19/07/2016 e n. 1252 del 13/11/2017 per gli anni scolastici dal 2019/2020 al 2021/2022 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.

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

<b>AREA PROFILO INFERMIERISTICO</b>			
<b>Unità didattica</b>	Ore Teoria	Ore Laboratorio	Requisiti Richiesti
<b>Bioetica e deontologia</b>		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
<b>Organizzazione e metodologia dei servizi sanitari</b>	12	-	Diploma di Laurea infermieristica o titoli equipollenti + 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
<b>Igiene e comfort ambientale</b>	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
<b>Interventi sanitari per la persona con disabilità e con disagio psichico</b>	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
<b>Assistenza di base alla persona/caregiver</b>	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

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	2,2 pu nti
Master universitario di II° livello attinente	3 pun ti

Diploma DAI, I.I.D. o omologhi	3 punti
Certificato A.F.D.	2 punti
Corso di specializzazione regionale in area sanitaria/tecnico/professionale	1 punti
Corso Perfezionamento attinente	0,5 punti
Altri titoli attinenti	0,5 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 per ogni anno
Attività di coordinamento del ruolo sanitario in strutture sanitarie SSN e/o Convenzionate SSN per un massimo di 10 punti	1 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	0,2 punto
Abstract o poster attinente	0,1 punti
Testo come autore attinente	0,25 punti
Testo come collaboratore attinente	0,2 punti

#### **DOCENZA**

Docenza presso corsi universitari ( per un massimo di 10 punti)	0,5 punti per anno
Docenza corsi regionali e provinciali ( per un massimo di 6 punti)	0,25 punto per anno
Docente/relatore a corsi aggiornamento, seminari, congressi ecc svolti dal 01/01/2012 alla data di scadenza del bando	0,2 punti per anno
Attività di tutor presso corsi OSS e universitari se attinenti	0,1 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 01/01/2016 alla data di scadenza del bando) - MASSIMO 7 PUNTI**

1 credito ECM	0,2 punti
---------------	-----------

#### **PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO NON Accreditati ECM (effettuati dal 01/01/2016 alla data di scadenza del bando) - MASSIMO 4 PUNTI**

3 giorni o superiore	0,3 punti per corso
2 giorni	0,2 punti per corso
1 giorno	0,1 punto per corso

#### **Pubblicazione**

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

#### **Termine di presentazione**

Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il

**24 LUGLIO 2019**

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 Commissario 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;
- 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 disagi 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) curriculum formativo e professionale formato europeo corredato di dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, datato e firmato;
- 3) copia conforme all'originale delle pubblicazioni pena la non valutazione;
- 4) 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.

L'attività di docenza dovrà essere svolta al di fuori dell'orario di servizio.

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 di teoria si terranno presso la sede dell'Istituto di Istruzione Superiore "E. Santoni".

Le attività di laboratorio potranno tenersi presso la sede dell'Istituzione Scolastica ovvero presso la sede dei corsi OSS ed. 19 – Presidio Ospedaliero "S. Chiara", via Roma 67 – PISA nell'ipotesi in cui l'Istituzione Scolastica non disponga di strutture adeguatamente attrezzate.

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 ;
- Dr Marco Bulleri 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 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 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 2019/2020 al 2021/2022.

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 10/07/2019

U. O .Politiche e Gestione delle Risorse Umane  
Il Direttore  
F.to Dr.ssa Grazia Valori

**SELE-SCUOLE\_19**

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 2019/2020 al 2021/2022, 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) :  si /  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 01/01/2016 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 01/01/2016 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 :
  - 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 2019/2020 al 2021/2022.
- 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)

**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

.....