AVVISO AL PERSONALE DIPENDENTE

Vista la richiesta dell’Università degli Studi di Genova – Dipartimento DIGNOMI – prot. n. 34379 del 25/05/2018 - di emissione bando per la copertura di incarichi dell’ambito del Corso di Laurea triennale in:

FISIOTERAPIA

la ASL4 procede alla ricezione delle istanze per la copertura dei seguenti incarichi per il triennio 2018/19 – 2019/20 – 2020/21:

n. 1 - DIRETTORE DELLE ATTIVITA’

n. 4 - TUTOR DEL TIROCINIO

Gli interessati in possesso dei seguenti requisiti:

- Massimo livello di formazione ovvero titolo di Laurea Specialistica in Scienze della Riabilitazione;
- Esperienza in campo formativo specifico,
- Inquadramento contrattuale a tempo indeterminato;
- Anzianità non inferiore ai 5 anni nell’inquadramento livello D dello specifico profilo professionale;

possono presentare istanza, redatta sul modulo allegato - pubblicato sul «Portale del dipendente» o ritirato presso il Settore Formazione di Base, Polo didattico di Chiavari (ore 9 – 13) – presso l’Ufficio Protocollo della ASL 4 inderogabilmente:

ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12:00 DEL 23 LUGLIO 2018

In allegato:
*Istanza di partecipazione al bando;
*Dettagliato curriculum formativo professionale;
*Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n. 445).
* Altre …………………………………………………………………………………………………………………..

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. ssa Bruna Rebagliati

LG/ig
CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN
<< FISIOTERAPIA >>

(AA.AA. 2018-19 / 2019-20 / 2020-21)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: ............................................................

NATO/A ................................................................. IL ...........................................

RESIDENTE IN .............................................. VIA ............................................... CAP ...............

CODICE FISCALE: ...........................................telefono ......................................e-mail .................

Formula istanza per la partecipazione al BANDO DI DISPONIBILITA'
per l’incarico al ruolo di:

N. 1 DIRETTORE DELLE ATTIVITA’ DIDATTICHE

a tal fine DICHIARA:

- Massimo livello di formazione ovvero titolo di Laurea Specialistica in Scienze della
  Riabilitazione;
- Di essere dipendente inquadrato a tempo indeterminato;
- Di essere in possesso di un’anzianità non inferiore ai 5 anni nell’inquadramento livello D,
  dello specifico profilo professionale.

Il presente modulo – reperibile sul «Portale del dipendente» oppure presso il Settore Formazione di Base- Polo
Didattico di Chiavari (dalle ore 09:00 – 13:00) – è da consegnare presso l’Ufficio Protocollo della ASL 4,
inderogabilmente: ENTRÒ E NON OLTRE LE ORE 12:00 DEL 23 LUGLIO 2018

Il presente bando non darà seguito a graduatoria.

Si allegano:
- Curriculum vitae e studiorum datato e sottoscritto dall’interessato;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)
- (Altro) .................................................................

Data .............................................

FIRMA: .................................................................

II/la sottoscritta .................................................................autorizza la ASL4 al trattamento dei dati
personali, nel rigoroso rispetto del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016
relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali assunti in esecuzione della
presente istanza e utilizzati limitatamente ai trattamenti strettamente connessi agli scopi della stessa.

.................................................................

(firma)
ISTANZA

Egregio Direttore
Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4
Via G. B., Ghio, 9 - 16043 Chiavari (GE)

CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN
<< FIOSIOTERAPIA >>

(AA.AA. 2018-19 / 2019-20 / 2020-21)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: .................................................................
NATO/A ............................................................... IL ...............
RESIDENTE IN ..................................... VIA ............................................ CAP ............
CODICE FISCALE: ......................................................telefono: ....................e-mail ..................

Formula istanza per la partecipazione al BANDO DI DISPONIBILITA'
per l’incarico al ruolo di:

N. 4 TUTOR DEL TIROCINIO

a tal fine DICHIARA:

• Di avere esperienza in campo formativo specifico,
• Di essere dipendente inquadrato a tempo indeterminato;
• Di essere in possesso di un’anzianità non inferiore ai 5 anni nell’inquadramento livello D,
dello specifico profilo professionale.

Il presente modulo – reperibile sul «Portale del dipendente» oppure presso il Settore Formazione di Base- Polo
Didattico di Chiavari (dalle ore 09:00 – 13:00) – è da consegnare presso l’Ufficio Protocollo della ASL A.

Indelegabilitamente: ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12:00 DEL 23 LUGLIO 2018

Il presente bando non darà segueto a graduatoria.

Si allegano:

• Curriculum vitae e studiorum , datato e sottoscritto dall’interessato;
• Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)
• (Altro) ...........................................................................................................

Data ..................................  
FIRMA: .................................................................

Il/la sottoscritto/a .................................................................autORIZZA la ASL4 al trattamento dei dati
personalini, nel rigoroso rispetto del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016
relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali assunti in esecuzione della
presente istanza e utilizzati limitatamente ai trattamenti strettamente connessi agli scopi della stessa.

.................................................................

(firma)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto/a ____________________________________________
nato/a a ________________________________________________
residenza a ___________________________ (Prov) ________________
in Via ____________________________________________________
Tel/cell: ________________________________ e-mail ________________

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità quanto segue
(da utilizzarsi nel caso di dichiarazione sostitutiva di certificazione prevista ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

_________________________________________________________________
_________________________________________________________________
_________________________________________________________________
_________________________________________________________________
_________________________________________________________________

__________________________
firma

Il sottoscritto/a ____________________________________________ dichiara altresì di autorizzare l’ASL4 al
trattamento dei propri dati personali nel rigoroso rispetto del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento
Europeo e del Consiglio del 27/04/2016, finalizzati all’espleimento della procedura in argomento.

Data ____________________

IL DICHIARANTE

Pag. 5 "A"