

REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 «CHIAVARESE»
CHIAVARI

ATTO DIRIGENZIALE N. 572 DEL 26 MAG. 2017

STRUTTURA: **S.C.AFFARI GENERALI E LEGALI**

OGGETTO: **Emissione bando per la copertura di insegnamenti nel corso di laurea triennale in Fisioterapia - a.a. 2017 -2018.**

Presso la sede amministrativa dell'A.S.L. 4, sita in Chiavari, Via G.B. Ghio, 9;

IL DIRETTORE
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI

Dott.ssa Geronima Caffarena,

Richiamati i principi sanciti dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e dal D.Lgs. 165/2001 in materia di responsabilità ed autonomia organizzativa dei dirigenti della Pubblica Amministrazione;

Presa visione del Regolamento aziendale sui procedimenti amministrativi, revisionato con deliberazione n. 139 del 26.02.2015;

Vista la deliberazione n. 98 del 4.11.2015, con la quale si è provveduto ad effettuare una ricognizione aggiornata degli atti, conclusivi di procedimenti amministrativi, di competenza dei dirigenti responsabili di S.C. e/o di Dipartimento, confermando le deleghe a suo tempo conferite con le deliberazioni n. 308 del 21.03.2001 e n. 971 del 15.12.2005;

Dato atto che il presente provvedimento rientra nelle previsioni di cui sopra;

Visto il D.M. n. 509/1999 relativo alla rideterminazione dei percorsi della formazione universitaria per le professioni sanitarie;

Richiamato il Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica 02.04.2001, relativo ai corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie;

Dato atto che per l'a.a. 2017 - 2018 occorre attivare presso il Polo Didattico Universitario di questa Azienda il corso di laurea triennale in Fisioterapia;

Richiamata la nota dell'Università degli Studi di Genova - Dipartimento di Neuroscienza, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili - prot. n. 21734 del 15/05/2017, portante richiesta di emissione bando per la copertura degli insegnamenti da assegnare al personale convenzionato SSN, come di seguito riportati:

Corso di Laurea triennale in Fisioterapia						
3/1	Riabilitazione in ortopedia e traumatologia della mano - cod. 68097	Riabilitazione motoria speciale - cod. 68199	MED/34	1	10	Bando SSN, art. 23, c.2
3/1	Malattie dell'apparato respiratorio - cod. 68097	Medicina generale e specialistica applicata alla riabilitazione - cod. 68095	MED/10	1	10	Bando SSN, art. 23, c.2
3/1	oncologia - cod. 68096	Medicina generale e specialistica applicata alla riabilitazione - cod. 68095	MED/10	1	10	Bando SSN, art. 23, c.2

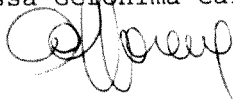
Ritenuto, per quanto sopra esposto, di disporre in merito;

DISPONE

- di approvare l'avviso per la presentazione delle domande di docenza, secondo lo schema allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (allegato "A", composto di n. 4 pagine);
- di precisare che il termine ultimo per l'utile ricezione delle candidature è fissato **entro e non oltre le ore 12.00 del 12 GIUGNO 2017**;
- di dare diffusione all'avviso mediante pubblicazione sul Portale del dipendente e sul sito internet aziendale.

LG/lg

IL DIRETTORE
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
(Dr.ssa Gerolama Caffarena)





ASL4

Sistema Sanitario Regione Liguria

ALL'ATTO DIRIGENZIALE

572 DEL 26 MAG 2017

POSTO DA N. Via G. B. Chiarini 16043 Chiavari (Ge)

Codice Fiscale e P. Iva 01038700991



AVVISO AL PERSONALE DIPENDENTE

Data l'attivazione del Corso di studio della Professione sanitaria in:
FISIOTERAPIA

Attività Formativa	RIABILITAZIONE IN ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA DELLA MANO - cod. 68115	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO - cod. 68097	ONCOLOGIA - cod. 68096
Anno/Semestre	3/1	3/1	3/1
Settore scientifico/ disciplinare	MED/34	MED/10	MED/10
Codice Corso Integrato	68199	68095	68095
CFU assegnati	1	1	1
Massimo num. di ore	10	10	10

In convenzione con l'Università di Genova, questa Amministrazione procede alla ricezione delle domande di docenza per l'Anno Accademico 2017-2018.

Gli interessati possono presentare, per ogni disciplina, domanda redatta su apposito modulo - che potrà essere reperito sul «Portale del dipendente» o ritirato presso il Settore Formazione di Base- Polo didattico di Chiavari (ore 9 - 13) - da consegnare presso l'Ufficio Protocollo della ASL 4 Chiavarese inderogabilmente:

**ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12:00 DEL
12 GIUGNO 2017**

Tale richiesta dovrà essere corredata da dettagliato curriculum che specifichi, oltre ai titoli, eventuali insegnamenti, pubblicazioni e ricerche.

In allegato:

- Modulo domanda di insegnamento, con dichiarazione " di non essere titolare di borsa di studio, dottorando di ricerca (con o senza borsa) o specializzando dell'Università degli Studi di Genova e/o di altro Ateneo";
- Elenco discipline;
- Autocertificazione per docenze anni precedenti prodotta con autocertificazione ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 e D. Lgs 30/06/93 n. 196.

I Docenti non universitari del S.S.N. sono nominati annualmente dal Rettore, senza oneri per l'Università, su proposta del Consiglio di Corso di Laurea, con delibera del Consiglio di Facoltà e nulla osta del Direttore Generale dell'Azienda di appartenenza.

Gli incaricati della docenza avranno l'obbligo di espletare personalmente le lezioni e partecipare alle Commissioni degli appelli ed alle riunioni che si svolgeranno a Genova. Le ore di docenza svolte fuori orario di servizio dovranno essere preventivamente autorizzate dall'Azienda di appartenenza.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Bruna Rebagliati




**Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione,
Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili
Università degli Studi di Genova**

Largo Paolo Daneo, 3- 16132 Genova
Tel. 010/3537040 Fax 010/3538631
E-mail: neurologia@neurologia.unige.it



Prot. n. 0032601 del 22/05/2017

A.S.L. N° 4 CHIAVARESE
Cod IPA **asi4_chi**
Data **15/05/2017** Prot **GEN**
Prot N° **21734** All. **1/1**



PG2017021734

III.mo
Direttore Generale
ASL 4 Chiavarese

Oggetto: Corso di Studio in Fisioterapia – sede Chiavari afferente al DINO GMI – Richiesta emissione bando per copertura insegnamenti nell’ambito del Corso di Studio in Fisioterapia – sede formativa Chiavari - afferente al Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili attivato presso l’Università degli studi di Genova per l’ a.a. 2017/2018.

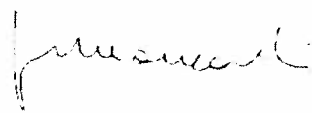
Come da Delibera del Consiglio di Dipartimento dell’8/05/2017, si trasmette la richiesta di procedura comparativa per la copertura degli insegnamenti di seguito riportati relativi al Corso di Studio in Fisioterapia – sede Chiavari afferente al DINO GMI da affidare al personale del Servizio Sanitario Nazionale, per gli opportuni provvedimenti di competenza:

Fisioterapia – sede Chiavari

Corso di Studi	Anno/ semestre	Insegnamento	Corso Integrato	SSD	CFU	Ore	Bando	Sede
Fisioterapia	3-1	Riabilitazione in ortopedia e traumatologia della mano cod. 68204	Riabilitazione motoria speciale cod. 68199	MED/34	1	10	Bando SSN, art. 23, c. 2	Chiavari
Fisioterapia	3-1	Malattie dell'apparato respiratorio cod. 68097	Medicina generale e specialistica applicata alla riabilitazione cod. 68095	MED/10	1	10	Bando SSN, art. 23, c. 2	Chiavari
Fisioterapia	3-1	Oncologia cod. 68096	Medicina generale e specialistica applicata alla riabilitazione cod. 68095	MED/10	1	10	Bando SSN, art. 23, c. 2	Chiavari

Ringraziando dell'attenzione e della collaborazione, l'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Il Direttore del DINO GMI
Prof. Giovanni Luigi Mancardi



A.S.L. N° 4 CHIAVARESE

Comp. AG

Con

Titolarlo: 01/05/08

DOMANDA DI DOCENZA

Al Direttore Generale
A.S.L. N. 4 Chiavarese
Via G.B. Ghio n. 9
16043 Chiavari (GE)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NATO/A A IL

RESIDENTE IN VIA CAP

CODICE FISCALE:

telefono: e-mail

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER LA COPERTURA
DEGLI INSEGNAMENTI RELATIVI AL CORSO DI STUDIO DI FISIOTERAPIA :

**RIABILITAZIONE IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DELLA MANO – COD. 68204**

**MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO – COD.
68097**

ONCOLOGIA – COD. 68096

A tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso della laurea in:
- di essere in possesso della specializzazione in:
- di essere dipendente nell'unita operativa
- in qualità di

Si allegano:

Curriculum.

..... Firma

Chiavari li,

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ (Prov) _____
in Via _____
Tel/cell: _____ e-mail _____

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

D I C H I A R A

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)

IL DICHIARANTE

Il sottoscritto/a _____ dichiara altresì di autorizzare l'Azienda Sanitaria al trattamento dei propri dati personali, ai sensi della legge 31.12.1996 n. 675, finalizzati all'espletamento della procedura in argomento.

Data _____

IL DICHIARANTE