



REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 "Chiavarese"
Via G.B. Ghio, 9 - 16043 Chiavari (Ge)
Codice Fiscale e P. Iva 01038700991



AL DIRETTORE GENERALE
ASL4 CHIAVARESE
Via G.B. Ghio, 9, 16043 Chiavari(GE)

Corso di laurea triennale in: INFERMIERISTICA

Il/La Sottoscritto/a
Nato/a il
Luogo di nascita
Residente in
Via - (CAP) Città
Codice fiscale
telefono/cell:
e-mail:

AVVISO per la partecipazione al:

BANDO DI DISPONIBILITA' PER N. 1 INCARICO DI TUTOR PEDAGOGICO / DI TIROCINIO

TRIENNIO DI VALIDITA' 2016/2019

A tal fine dichiara:

- di essere in possesso dei requisiti previsti dal Dipartimento DISSAL di cui al FORMAT DISSAL;

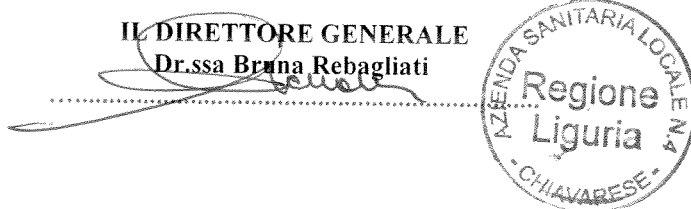
Gli interessati possono presentare domanda redatta su apposito modulo - *che potrà essere reperito sul «Portale del dipendente» o ritirato presso il Settore Formazione di Base- Polo didattico di Chiavari (ore 9 – 13) - da consegnare presso l'Ufficio Protocollo della ASL 4 Chiavarese, inderogabilmente:*

ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12:00 DEL 01 MARZO 2017

Si allegano:

1. ISTANZA - integrata dal FORMAT DISSAL (Allegati nn. "1" - "2");
2. Curriculum formativo professionale;
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)
4. (altro)

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Bruna Rebagliati



ALLEGATO N. 1
(alla Lettera del Direttore DISSAL Prot. N. 091738, del 27/12/2016 - rif.to Avviso di selezione Tutor, CL Infermieristica CHIAVARI)

• **REQUISITI DI AMMISSIONE**

Per l'ammissione all'avviso, gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

A. Per il ruolo di Tutor

Laurea Triennale o titolo equipollente nello specifico profilo professionale di appartenenza.

• **VALUTAZIONE DEI TITOLI**

Per la selezione dei candidati verrà nominata dal Coordinatore di ogni Corso di laurea una Commissione che valuterà i titoli presentati sulla base dei seguenti punteggi:

B. Per il ruolo di Tutor

TITOLI	PUNTEGGI
Laurea Specialistica o Magistrale nella classe di laurea a cui affinisce lo specifico profilo professionale e differenziato per i soli titoli equipollenti	5 punti
Attività di tutorato didattico nello specifico profilo professionale di appartenenza	3 punti per anno (max. 15 punti)
Attività di guida del tirocinio nello specifico profilo professionale di appartenenza	2 punti per anno (max 10 punti)
Attività didattica universitaria (ultimi 15 anni)	1 punto per incarico (max. 15 punti)
Master Universitario I e/o II livello Corsi perfezionamento universitario	Master Universitari di I livello: 4 punti Master Universitario di II livello: 8 punti (max. 15 punti)
Relatore a tesi di Laurea	0,5 punti per tesi (max. 5 punti)
Pubblicazioni	max. 10 punti



ALLEGATO N. 2

(alla Lettera del Direttore DISSAL - rif.to Avviso di selezione Tutor - CI Infermieristica CHIAVARI)

Format da allegare ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER SELEZIONE COMPARATIVA PER TUTOR
(Il presente format **integro, e non** sostituisce, la documentazione prevista dalla domanda di partecipazione)

IO SOTTOSCRITTO

NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
RESIDENTE A	
VIA/PIAZZA	
CELL	
E-MAIL	
DIPENDENTE DE (indicare Azienda SSN di appartenenza)	
CON LA QUALIFICA DI	

DICHIARO DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI

LAUREA TRIENNALE O TITOLO EQUIPOLLENTE NELLO SPECIFICO PROFILO PROFESSIONALE DI APPARTENENZA (REQUISITO DI AMMISSIONE)	SPECIFICARE ANNO DI CONSEGUIMENTO (ED EVENTUALE VOTAZIONE)
LAUREA SPECIALISTICA O MAGISTRALE NELLA CLASSE DI LAUREA CUI AFFERISCE LO SPECIFICO PROFILO PROFESSIONALE O TITOLI EQUIPOLLENTI	SPECIFICARE ANNO DI CONSEGUIMENTO (ED EVENTUALE VOTAZIONE)



<p>AVERE SVOLTO ATTIVITA' DI TUTORATO DIDATTICO NELLO SPECIFICO PROFILO PROFESSIONALE DI APPARTENENZA</p>	<p>SPECIFICARE ANNI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' E CORSI/ DI LAUREA/LAUREA MAGISTRALE NELL'AMBITO DEL/I QUALE/I E' STATA SVOLTA L'ATTIVITA'</p>
<p>AVERE SVOLTO ATTIVITA' DI GUIDA DEL TIROCINIO (TUTOR CLINICO) NELLO SPECIFICO PROFILO PROFESSIONALE DI APPARTENENZA</p>	<p>SPECIFICARE ANNI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' E CORSI/ DI LAUREA/LAUREA MAGISTRALE NELL'AMBITO DEL/I QUALE/I E' STATA SVOLTA L'ATTIVITA'</p>
<p>AVERE SVOLTO ATTIVITA' DIDATTICA UNIVERSITARIA (ULTIMI 15 ANNI)</p>	<p>SPECIFICARE ANNO ACCADEMICO, CORSO DI LAUREA, INSEGNAMENTO (E CORSO INTEGRATO)</p>
<p>MASTER UNIVERSITARIO I E/O II LIVELLO CORSI PERFEZIONAMENTO UNIVERSITARIO</p>	<p>SPECIFICARE ANNO ACCADEMICO DI SVOLGIMENTO MASTER, TITOLO E LIVELLO (I o II) MASTER, UNIVERSITA' EROGANTE; SPECIFICARE ANNO ACCADEMICO SVOLGIMENTO CORSI PERFEZIONAMENTO UNIVERSITARI, TITOLI DEI CORSI, UNIVERSITA' EROGANTE.</p>

Handwritten mark

<p>ESSERE STATO RELATORE A TESI DI LAUREA</p>	<p>INDICARE ANNO ACCADEMICO, TITOLO TESI E NOMINATIVO TESIISTA, CORSO DI LAUREA DEL TESIISTA.</p>
<p>ESSERE AUTORE/COAUTORE DELLE SEGUENTI PUBBLICAZIONI</p>	<p>ELENCARE LE PUBBLICAZIONI.</p>



Al Direttore Generale

A.S.L. N. 4 Chiavarese - Via G.B. Ghio, 9

16043 Chiavari (GE)

Corso di laurea triennale in: INFERMIERISTICA

Gli interessati possono presentare l'istanza (redatta su apposito modulo - *che potrà essere reperito sul «Portale del dipendente» o ritirato presso il Settore Formazione di Base- Polo didattico di Chiavari dalle ore 9:00 - 13:00*) - da consegnare presso l'Ufficio Protocollo della ASL 4 Chiavarese, inderogabilmente:

ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12:00 , DEL 01 MARZO 2017

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NATO/A 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 TUTOR PEDAGOGICO(DI TIROCINIO)
(AA.AA. 2016-17/ 2017-18/ 2018-19)

a tal fine DICHIARA:

- essere in possesso dei requisiti di cui al Format Integrativo DISSAL, di cui agli Allegati nn. "1" e "2";
- di essere inquadrato nel livello D dello specifico profilo professionale;

IL BANDO NON DARA' SEGUITO A GRADUATORIA

Si allegano:

- *ISTANZA integrata dal FORMAT DISSAL (di cui agli Allegati nn. "1" - "2");*
- *Curriculum formativo professionale;*
- *dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)*
- *(altro)*

FIRMA:

*Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 il sottoscritto/a autorizza la trasmissione dei propri dati,
contenuti nella presente scheda, all'Università degli Studi di Genova, Dipartimento DISSAL.*

Firma



REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 "Chiavarese"
Via G.B. Ghio, 9 - 16043 Chiavari (Ge)
Codice Fiscale e P. Iva 01038700991



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

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)

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

Pag. 7 "A"