

# AVVISO AL PERSONALE DIPENDENTE

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

## FISIOTERAPIA

Attività Formativa	RIABILITAZIONE IN ORTOPEDIA 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.

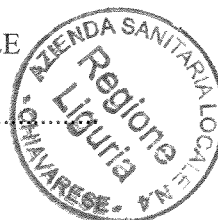
**In allegato:**

- **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



9 LG/ig



**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. 2032/001 del 22/05/2017



Ill.mo  
Direttore Generale  
ASL 4 Chiavarese

**Oggetto:** Corso di Studio in Fisioterapia – sede Chiavari afferente al DINOGLMI – 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 DINOGLMI 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.

A.S.L. N° 4 CHIAVARESE

Comp. AG \_\_\_\_\_

Con \_\_\_\_\_

Titolaria: 01/05/08

Il Direttore del DINOGLMI  
Prof. Giovanni Luigi Mancardi

# DOMANDA DI DOGENZA

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 .....

**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**

\_\_\_\_\_