

AVVISO AL PERSONALE DIPENDENTE

In convenzione con l'Università di Genova, la ASL4 procede alla ricezione delle domande di docenza per l'Anno Accademico 2018-2019.

INFERMIERISTICA

Attività formativa	Anno/ Semestre	Settore scientifico/ disciplinare	Codice corso integrato	Cfu assegnati	Massimo num. di ore
MALATTIE INFETTIVE COD. 87043	II/II	MED/17	COD. 84034	1	12

Gli interessati possono presentare istanza, redatta su apposito modulo pubblicato *sul «Portale del Dipendente»* o ritirato presso il Settore Formazione di Base- Polo didattico di Chiavari (ore 9 – 13) – all'Ufficio Protocollo della ASL 4 inderogabilmente:

**ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12:00 DEL
28 GENNAIO 2019**

Tale istanza dovrà essere corredata da dettagliato curriculum che specifichi, oltre ai titoli, eventuali insegnamenti, pubblicazioni e ricerche. **In allegato:**

- **Modulo di istanza** 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;**
- **Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445.**

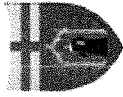
I Docenti non universitari del S.S.N. sono nominati annualmente dal Rettore, senza oneri per l'Università, su proposta del Consiglio di Corso di Laurea, con delibera del Consiglio di Facoltà e nulla osta del Direttore Generale dell'Azienda di appartenenza.

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 ,.....





UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE
- DISSAL -

ELENCO DELI INSEGNAMENTI DA AFFIDARE, PREVIO AVVISO DI SELEZIONE, A PERSONALE CONVENZIONATO SSN, PER L'A.A. 2018/19 NEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA – SEDE FORMATIVA: CHIAVARI

Corso di studi e sede formativa	ANNO/SEMESTRE	CORSO INTEGRATO E CODICE	INSEGNAMENTO E CODICE	SSD	CFU/ORE INSEGNAMENTO DA ASSEGNARE	TIPOLOGIA INCARICO
CL INFERMIERISTICA CHIAVARI	II / II	INFERMIERISTICA PER PROBLEMI PRIORITARI DI SALUTE CRONICI (cod. 84034)	MALATTIE INFETTIVE (cod. 87043)	MED/17	1/12	DOCENTE SSN

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)

.....
Firma

Il sottoscritto/a _____ dichiara altresì di autorizzare la 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'espletamento della procedura in argomento.

Data _____ **IL DICHIARANTE** _____

DOMANDA DI DOCENZA

Chiavari, li

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

NATO/A A IL

RESIDENTE IN VIACAP

CODICE FISCALE.....

telefono: e-mail

CHIEDE

Di partecipare alla procedura comparativa per la copertura degli insegnamenti nell'ambito del
CORSO DI STUDIO IN <<INFERMIERISTICA>>
A.A. 2018-2019, presso il Polo Didattico della ASL4
per l'attività formativa di seguito specificata:

ATTIVITA' FORMATIVA	Anno/semestre	Settore scientifico /disciplinare	Codice corso integrato	Cfu /ore assegnati
MALATTIE INFETTIVE - Cod. 87043	II/II	Med/17	COD. 84034	1/12

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.

Altro (*specificare*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Firma)

Il/la sottoscritto/a

Autorizza la 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 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)