

AVVISO AL PERSONALE DIPENDENTE

In convenzione con l'Università di Genova, la ASL4 procede alla ricezione delle domande di docenza per l'Anno Accademico 2020-2021.

FISIOTERAPIA

TITOLO INSEGNAMENTO	CORSO INTEGRATO	Anno/ Semestre	SSD	Cfu assegnati	Ore
MASSOTERAPIA GENERALE E KINESITERAPA GENERALE - COD. 67890	CINESIOLOGIA, BIOMECCANICA E RIABILITAZIONE GENERALE - COD. 67884	1/2	MED/48	1	10
ELEMENTI DI MICROBIOLOGIA E MICROBIOLOGIA CLINICA - COD. 65455	BIOLOGIA E GENETICA - COD. 72717	1/1	MED/07	1	10
NEFROLOGIA E UROLOGIA - COD. 68100	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA APPLICATA ALLA RIABILITAZIONE - COD. 68095	3/1	MED/14	1	10
RIABILITAZIONE UROGINECOLOGICA E DEL PAVIMENTO PELVICO - COD. 68209	RIABILITAZIONE DELLE FUNZIONI VISCERALI - COD. 68205	3/1	MED/48	1	10

Gli interessati possono presentare istanza redatta su apposito modulo pubblicato *sul «Portale del Dipendente»* o al link <http://www.asl4.liguria.it/amministrazione-trasparente/concorsi/bandi-di-avviso/>, esclusivamente via mail/pec indirizzata a:

protocollo@asl4.liguria.it / protocollo.generale@pec.asl4.liguria.it:

**ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12:00 DEL
23 GIUGNO 2020**

Tale istanza dovrà essere corredata da:

- **Curriculum** dettagliato che specifichi, oltre ai titoli, eventuali insegnamenti, pubblicazioni e ricerche;
- **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.**

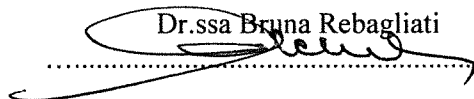
I Docenti non universitari del S.S.N. sono nominati annualmente dal Rettore, senza oneri per l'Università, su proposta del Consiglio di Corso di Laurea, con delibera del Consiglio di Facoltà e nulla osta del Direttore Generale dell'Azienda di appartenenza.

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





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

Largo Paolo Danco, 3 - 16132 Genova

Direttore Prof. Mario Amore

E-mail: neurolab@neurologia.unige.it

www.dinogmi.unige.it



Prot. n. 26180 del 18/05/2020

Ill.mo Direttore Generale
ASL 4 Chiavarese

**Oggetto: Richiesta emissione bando per copertura insegnamenti nell'ambito del Corso di Studio
in Fisioterapia – sede Chiavari a.a. 2020/2021**

Vista la delibera del Consiglio di Dipartimento del 7/05/2020, si trasmette la richiesta di procedura comparativa, riservata al personale afferente al Servizio Sanitario Nazionale, per la copertura degli insegnamenti di seguito riportati nell'ambito del Corso di Studio in Fisioterapia – sede Chiavari afferente al DINOGMI, per l'a.a. 2020/2021:

Corso di Studio	Anno/ Sem.	Insegnamento	Corso Integrato	SSD	CFU	Ore	Bando
Fisioterapia sede Chiavari	1/2	Massoterapia generale e kinesiterapia generale Cod. 67890	Cinesiologia, biomeccanica e riabilitazione generale Cod. 67884	MED/48	1	10	Bando SSN
Fisioterapia sede Chiavari	1/1	Elementi di microbiologia e microbiologia clinica Cod. 65455	Biologia e genetica Cod. 72717	MED/07	1	10	Bando SSN
Fisioterapia sede Chiavari	3/1	Nefrologia e urologia Cod. 68100	Medicina generale e specialistica applicata alla riabilitazione Cod. 68095	MED/14	1	10	Bando SSN
Fisioterapia sede Chiavari	3/1	Riabilitazione uro-ginecologica e del pavimento pelvico Cod. 68209	Riabilitazione delle funzioni viscerali Cod. 68205	MED/48	1	10	Bando SSN

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

Genova, 18 maggio 2020

Il Direttore
Prof. Mario Amore

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 VIA CAP

CODICE FISCALE.....

telefono: e-mail

CHIEDE

Di partecipare alla procedura comparativa per la copertura degli insegnamenti nell'ambito del

CORSO DI STUDIO IN <<FISIOTERAPIA>>

A.A. 2020-2021, presso il Polo Didattico della ASL4

per le attività formative di seguito specificate:

TITOLO INSEGNAMENTO	Corso integrato	Anno/ Semestre	SSD	Cfu assegnati	ore
MASSOTERAPIA GENERALE E KINESITERAPIA GENERALE – COD. 67890	CINESIOLOGIA, BIOMECCANICA E RIABILITAZIONE GENERALE Cod. 67884	1/2	MED/48	1	10
ELEMENTI DI MICROBIOLOGIA E MICROBIOLOGIA CLINICA – COD. 65455	BIOLOGIA E GENETICA Cod. 72717	1/1	MED/07	1	10
NEFROLOGIA E UROLOGIA – COD. 68100	MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA APPLICATA ALLA RIABILITAZIONE – COD. 68095	3/1	MED/14	1	10
RIABILITAZIONE URO- GINECOLOGICA E DEL PAVIMENTO PELVICO – COD. 68209	RIABILITAZIONE DELLE FUNZIONI VISCERALI – COD. 68205	3/1	MED/48	1	10

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)

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)

.....
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 _____