

**AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA**

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI INSEGNAMENTO RISERVATO AL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO**

**CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN OSTETRICIA**

**Vista** la Legge 19.11.1990, n.341;

**Visto** il D.Lgs.del 30/12/1992 n.502, modificato con D.Lgs del 7/12/1993 n.517;

**Visto** il D.M. 22/10/2004, n. 270;

**Vista** la Legge Regionale 12 novembre 2012, n. 18;

**Vista** la nota MIUR prot. n. 10937/2013 avente ad oggetto "Mozione dell'Osservatorio Nazionale per le Professioni Sanitarie sui requisiti di docenza per i corsi delle professioni sanitarie" del 20/03/2013;

**Visto** l'Ordinamento Didattico del Corso di Laurea Triennale in OSTETRICIA;

**Visto** il Protocollo d'Intesa Corsi delle Lauree Sanitarie triennali e magistrali stipulato il 27/02/2017 tra Regione dell'Umbria e Università degli Studi di Perugia;

**Visto** l'Accordo attuativo tra Università degli Studi di Perugia e Azienda Ospedaliera di Perugia, ai sensi dell'art. 1. C. 3 del Protocollo d'Intesa tra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia di cui sopra;

**Viste** le determinazioni del Dipartimento in ordine alla programmazione Didattica 2019/2020;

**Vista** la nota del Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Prot. n. 73890 del 04/07/2019, con la quale si chiede l'apertura di un bando per la copertura di moduli/insegnamenti riservati al Personale del Ruolo Sanitario per l'a.a. 2019/2020;

**Indizione**

Si porta a conoscenza del personale del ruolo sanitario dipendente ed in servizio presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per il conferimento dei sotto indicati insegnamenti/moduli nel Corso di Laurea triennale in OSTETRICIA per l'anno accademico **2019/2020**:

| INSEGNAMENTO/MODULO                                                                                                                                                | SSD    | CFU | Ore | ANNO / SEM |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|------------|
| Scienze Biomediche e Fisica Applicata<br><b>Modulo: Fisica Applicata</b>                                                                                           | FIS/07 | 2   | 30  | I/1°       |
| Farmacologia e Anestesiologia di interesse ostetrico. Primo soccorso.<br><b>Modulo: Scienze infermieristiche generali cliniche e pediatriche</b>                   | MED/45 | 1   | 15  | III/1°     |
| Farmacologia e Anestesiologia di interesse ostetrico. Primo soccorso.<br><b>Modulo: Scienze infermieristiche ostetriche e ginecologiche</b>                        | MED/47 | 2   | 30  | III/1°     |
| Oncologia ginecologica e senologia: diagnostica per immagini, radioterapia e radioprotezione<br><b>Modulo: Scienze Infermieristiche ostetriche e ginecologiche</b> | MED/47 | 2   | 30  | III/2°     |
| Oncologia ginecologica e senologia: diagnostica per immagini, radioterapia e radioprotezione<br><b>Modulo: Ginecologia e Ostetricia- Modulo 2</b>                  | MED/40 | 2   | 30  | III/2°     |

|                                                                                                                                           |           |   |    |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|----|--------|
| Management sanitario, organizzazione sociale e ambiente di lavoro<br><b>Modulo: Organizzazione aziendale</b>                              | SECS.P/10 | 2 | 30 | III/2° |
| Fisiologia della riproduzione, del parto e del puerperio.<br><b>Codocenza di n.12 ore nel Modulo: Ginecologia e Ostetricia - Modulo 1</b> | MED/40    | - | 12 | I/2°   |

#### o Requisiti dei candidati

I candidati devono possedere i seguenti requisiti:

- appartenere al ruolo sanitario del SSR presso un'Azienda Sanitaria Regionale Umbria;
- appartenere allo specifico profilo professionale dell'insegnamento/modulo;
- essere in possesso di laurea specialistica della rispettiva classe o avere avuto già incarichi da almeno 5 anni nel corso per la medesima attività didattica e in possesso di Laurea, oppure Diploma Universitario oppure titolo equipollente di cui alla legge 42/99 e successivi rispettivi Decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000.

#### o Modalità e termini per la presentazione della domanda di candidatura

Il candidato dovrà far pervenire specifica domanda per ognuno dei suindicati moduli per i quali è interessato ad ottenere l'affidamento, indicando puntualmente, come da stampato, l'insegnamento/modulo, l'anno accademico, nonché il settore scientifico disciplinare e i cfu, così come risultano indicati nel presente avviso.

La domanda dovrà essere indirizzata al Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Biomediche, Edificio A, Piazza Lucio Severi n. 1 - 06132 Perugia entro il **03/09/2019** utilizzando l'apposito stampato (Allegato "A"), disponibile presso, la Direzione del Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Biomediche, la Segreteria del Corso di Laurea Triennale in Ostetricia, la Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, e sul web all'indirizzo <http://www.unipg.it/ateneo/concorsi/avvisi-riservati-al-personale-del-ruolo-sanitario>.

La domanda (Allegato "A") dovrà essere redatta in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Potranno essere prodotti i seguenti documenti:

- curriculum vitae
- elenco pubblicazioni
- elenco dei titoli didattici, scientifici, professionali e di servizio

corredati, **a pena di non valutazione**, da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato "B") con la quale, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 (nel caso di utilizzo del modello di domanda di cui all'allegato "A", la dichiarazione vi è ricompresa) si attesti la corrispondenza a verità di quanto dichiarato.

Ai fini della trasmissione della domanda e della relativa documentazione, sono ammesse le seguenti modalità di consegna:

- consegna diretta presso il *front-office* del Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Biomediche, Edificio "A", 6° piano, Piazza Lucio Severi n. 1 - 06132 Perugia, nei giorni ed orari di apertura della stessa (dal lunedì al venerdì mattina dalle ore 10.00 alle ore 14.00). Per eventuali variazioni controllare il sito del dipartimento all'indirizzo <http://www.scb.unipg.it>;
- spedizione a mezzo raccomandata indirizzata al Direttore del Dipartimento di Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Biomediche, Edificio A, Piazza Lucio Severi n. 1 - 06132 Perugia;
- trasmissione, mediante posta elettronica certificata all'indirizzo PEC [dipartimento.scb@cert.unipg.it](mailto:dipartimento.scb@cert.unipg.it), della domanda - corredata di copia di documento di identità - debitamente compilata, sottoscritta con firma autografa e scannerizzata in formato PDF, ovvero sottoscritta con firma digitale, nonché della documentazione da allegare, scannerizzata in formato PDF; non sarà ritenuta valida la documentazione trasmessa da un indirizzo di posta elettronica non certificata, ovvero trasmessa ad altro

*Av*

indirizzo di posta elettronica da quello indicato; non sarà altresì ritenuta valida la documentazione trasmessa in formato diverso dal formato PDF; l'oggetto della mail dovrà riportare il cognome e nome del candidato e il numero dell'avviso (avviso n..... pubblicato il .....); - **(N.B.:** Al fine di scongiurare problemi di trasmissione, si raccomanda quanto segue: la domanda dovrà essere inoltrata mediante un unico invio, l'eventuale scansione in PDF dovrà essere effettuata in bianco e nero e con bassa risoluzione, il peso complessivo della mail inviata non dovrà comunque superare 2 MB).

**A pena di esclusione**, in relazione alla modalità prescelta dal candidato per la presentazione della domanda, la stessa dovrà essere sottoscritta con firma autografa in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. Non è necessaria l'autenticazione della firma.

Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data del rilascio.

**A pena di esclusione**, la presentazione della domanda e della relativa documentazione dovrà avvenire, **entro il termine perentorio sopra indicato. Ai fini del rispetto di tale termine, farà fede solo il timbro di arrivo del Protocollo DI DIPARTIMENTO**, pertanto saranno **irricevibili** le domande e la relativa documentazione pervenute oltre la data sopraindicata, ancorché spedite entro il termine stesso.

Nel caso in cui l'ultimo giorno utile cada di sabato o di giorno festivo la scadenza sarà il primo giorno lavorativo successivo.

#### o **Graduatoria**

Verrà redatta una graduatoria specifica per ciascun modulo.

Per informazioni inerenti il presente avviso, contattare la Segreteria del Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Biomediche (tel.: 0755858132-8130-8161; e-mail [dipartimento.scb@unipg.it](mailto:dipartimento.scb@unipg.it)).

**Il presente avviso sarà reso noto mediante pubblicazione all'Albo on line dell'Università e sarà consultabile, via INTERNET, all'indirizzo:**  
**<http://www.unipg.it/ateneo/concorsi/avvisi-riservati-al-personale-del-ruolo-sanitario>**.

**IL COMMISSARIO  
STRAORDINARIO DELL'AZIENDA  
OSPEDALIERA DI PERUGIA**  
(Dr. Antonio Onnis)

**IL RETTORE  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI  
DI PERUGIA**  
(Prof. Franco Moriconi)

F.to Antonio Onnis

F.to Franco Moriconi



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE REDATTA AI SENSI DEGLI  
ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
dipendente presso (Ente) \_\_\_\_\_  
(Struttura) \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_ del Ruolo Sanitario.  
avendo preso visione del Bando pubblicato in data \_\_\_\_\_ riservato al Personale del  
Ruolo Sanitario.

**CHIEDE**

che per l'anno accademico \_\_\_\_\_ gli venga affidato l'insegnamento/modulo(\*) di \_\_\_\_\_  
nel settore scientifico disciplinare \_\_\_\_\_ pari a CFU \_\_\_\_\_  
a favore del Corso di Laurea di \_\_\_\_\_

Allega alla presente istanza, in carta libera, datati e firmati:

- ☐ Curriculum vitae
- ☐ Elenco pubblicazioni
- ☐ Elenco dei titoli didattici, scientifici, professionali e di servizio

**Inoltre allega fotocopia di documento di identità in corso di validità**

Attesta che quanto dichiarato nella presente domanda e nella documentazione allegata alla domanda corrisponde a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

(\*) compilare una domanda per ogni insegnamento.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

**FIRMA**



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

..I... sottoscritt... Cognome..... Nome .....  
(per le donne indicare il cognome da nubile)

nat.. a .....(prov.....) il .....

e residente in ..... (prov. ....)

via ..... n. .... CAP .....

ai sensi degli artt. 46, 47 e 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, formazione e/o uso di atti falsi di cui all'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere disposta dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. Il sottoscritto, ai sensi del D. L.vo 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

**Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità (nota 1).**

.....  
(luogo e data)

Il dichiarante .....  
(nota 2)

(1) La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione.

(2) La firma, da apporre per esteso ed in forma leggibile, è obbligatoria pena la nullità della dichiarazione.

*N*