

**AZIENDA SANITARIA REGIONALE
UMBRA**

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA

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

CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN LOGOPEDIA

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 Logopedia;

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 l'Università degli Studi di Perugia e l'Azienda ospedaliera di Perugia, ai sensi dell'art. 3 comma 1 del Protocollo d'intesa tra la Regione Umbria e l'Università degli Studi di Perugia per l'espletamento dei Corsi delle Lauree Sanitarie Triennali e Magistrali;

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

Art. 1 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 Logopedia per l'anno accademico **2020/2021**.

Insegnamento	Modulo	Anno Sem.	SSD	CFU	ORE
Scienze del management sanitario	Organizzazione aziendale	3/2	SECS-P/10	2	18
Scienze logopediche applicate in età evolutiva 2	Riabilitazione della sordità	3/1	MED/50	2	20
Psicologia dello sviluppo generale e del linguaggio	Psicologia dello sviluppo e dell'educazione	1/2	M-PSI/04	2	24

Psicologia dello sviluppo generale e del linguaggio	Sviluppo del linguaggio e delle altre funzioni cognitive	1/2	MED/50	3	27
Scienze psico-pedagogiche	Pedagogia generale e sociale	1/1	M-PED/01	2	18
Scienze psico-pedagogiche	Psicologia generale	1/1	M-PSI/01	2	24
Elementi di patologia, epidemiologia ed educazione sanitaria	Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche	1/2	MED/45	1	12
Scienze logopediche applicate ai disturbi fonico-articolatori e della deglutizione	Scienze tecniche mediche applicate alla logopedia - clinica e valutazione logopedica delle patologie delle funzioni orali e articolatorie	2/2	MED/50	2	24
Scienze logopediche applicate alla neuropsicologia i	Scienze infermieristiche e tecniche neuropsichiatriche e riabilitative- clinica e valutazione riabilitativa dei disturbi cognitivi non verbali	2/2	MED/48	2	24
Scienze logopediche applicate in audiologia e foniatria	Audiologia CODOCENZA	2/1	MED/32	2	10 CODOCENZA

Art. 2 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.

Art.3 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 Medicina Sperimentale, Piazzale L. Severi n. 1 06132 entro **10 giorni dalla pubblicazione del presente bando** utilizzando l'apposito stampato (Allegato "A"), disponibile presso, la Direzione del Dipartimento di Medicina Sperimentale, 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.

In considerazione dell'attuale situazione di emergenza epidemiologica da COVID-19, visto quanto stabilisce il DPCM 09.03.2020 ai fini della trasmissione della domanda e della relativa documentazione, è ammessa **ESCLUSIVAMENTE** la seguente modalità di consegna:

- trasmissione, mediante posta elettronica sia certificata che non all'indirizzo PEC dipartimento.dimes@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 in formato diverso dal formato PDF; L'OGGETTO DELLA MAIL DOVRÀ RIPORTARE IL NOME DEL CORSO DI LAUREA PER IL QUALE SI FA DOMANDA, COGNOME E NOME DEL CANDIDATO, LA DATA DI PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO ED IL NOME DELL'INSEGNAMENTO, PENA LA NULLITÀ - (N.B.: Al fine di scongiurare problemi di trasmissione, si raccomanda quanto segue: la domanda dovrà essere inoltrata mediante un unico invio ed in un unico FILE, 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 del 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.

Art. 4 Graduatoria

Verrà redatta una graduatoria specifica per ciascun modulo.

Art. 5 Informazioni

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>.

Per informazioni contattare la segreteria del Dipartimento di Medicina Sperimentale -Dott. Riccardo Sebastiani tel. 0755858222.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI
PERUGIA**

F.to Dott. Antonio Onnis

**IL RETTORE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DI PERUGIA**

F.to Prof. Maurizio Oliviero

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 di
ruolo Sanitario

CHIEDE

Che per l'anno accademico 2020/2021 gli venga affidato l'insegnamento/modulo (*) di _____

Nel settore scientifico disciplinare _____ pari a CFU _____

A favore del Corso di Laurea in _____

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)

..l... 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.