

**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 MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE****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 Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie;**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 2022/2023;**Vista** la nota del Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Prot.n. 130776 del 02/05/2022, 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. 2022/2023;**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 del sotto indicato insegnamento/modulo nel Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie per l'anno accademico **2022/2023**:

| Insegnamento                                           | Modulo                                      | SSD      | Anno | Sem | CFU | ore |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|------|-----|-----|-----|
| <b>Scienze Mediche interdisciplinari</b>               | Riabilitazione logopedica                   | MED/50   | 2    | 1   | 2   | 20  |
| <b>Scienze Mediche interdisciplinari</b>               | Scienze tecniche mediche applicate          | MED/50   | 2    | 1   | 1   | 10  |
| <b>Scienze Mediche e Chirurgiche</b>                   | Medicina Fisica e Riabilitativa             | MED/34   | 2    | 1   | 3   | 24  |
| <b>Scienze Mediche e Chirurgiche</b>                   | Principi delle Scienze riabilitative        | MED/48   | 2    | 1   | 2   | 20  |
| <b>Scienze umane e metodologie didattico/formative</b> | Processi per la Formazione Professionale    | MED/48   | 2    | 2   | 2   | 20  |
| <b>Scienze umane e metodologie didattico/formative</b> | Metodologie didattiche e tutoriali          | MED/48   | 2    | 2   | 1   | 10  |
| <b>Scienze umane e metodologie didattico/formative</b> | Psicologia dello sviluppo e dell'educazione | M-PSI/04 | 2    | 2   | 3   | 24  |
| <b>Management sanitario</b>                            | Management applicato                        | MED/48   | 2    | 2   | 3   | 30  |

|                             |                                                                |        |          |          |          |           |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|--------|----------|----------|----------|-----------|
|                             | alla riabilitazione                                            |        |          |          |          |           |
| <b>Management sanitario</b> | Aspetti organizzativi del team multidisciplinare riabilitativo | MED/48 | <b>2</b> | <b>2</b> | <b>2</b> | <b>20</b> |

### ○ **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/Magistrale della rispettiva classe.

### ○ **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 e Chirurgia, Edificio A, Piazza Lucio Severi n. 1 – 06132 Perugia **entro 15 giorni dalla data di pubblicazione**, utilizzando l'apposito stampato (Allegato "A"), disponibile presso la Direzione del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, la Segreteria del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, 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, in considerazione dell'attuale situazione di emergenza epidemiologica da COVID-19, sono ammesse **esclusivamente** le seguenti modalità di consegna:

- spedizione a mezzo raccomandata indirizzata al Direttore del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Edificio A, Piazza Lucio Severi n. 1 – 06132 Perugia;
- trasmissione, mediante posta elettronica sia certificata che non, all'indirizzo PEC [dipartimento.med@cert.unipg.it](mailto:dipartimento.med@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 ad altro indirizzo di posta elettronica da quello indicato e 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, 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 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**, la domanda dovrà essere sottoscritta in forma autografa 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.

- **Graduatoria**

Verrà redatta una graduatoria specifica per ciascun modulo.

Per informazioni inerenti il presente avviso, si prega di contattare l'Ufficio Didattica del Dipartimento di Medicina e Chirurgia (tel.: 0755858132)

**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 DIRETTORE GENERALE F.F.  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI  
PERUGIA**

F.to Dott. Giuseppe De Filippis

**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 del  
Ruolo Sanitario.

**CHIEDE**

che per l'anno accademico \_\_\_\_\_ gli venga affidato l'insegnamento/modulo<sup>(\*)</sup> 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)**

..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.