

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 IN LOGOPEDIA****Vista** la Legge 19 novembre 1990, n.341;**Visto** il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502, modificato con D.Lgs 7 dicembre 1993, n.517;**Visto** il D.M. 22 ottobre 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 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 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 a.a. 2025/2026;**Vista** la nota del Presidente del Corso di Laurea in Logopedia, Prot. n. 165315/2025 del 07 maggio 2025, 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. 2025/2026;**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 in LOGOPEDIA, per l'anno accademico **2025/2026**:

Insegnamento	Modulo	Anno / Sem.	SSD	CFU	ORE
SCIENZE LOGOPEDICHE APPLICATE AI DISTURBI FONO-ARTICOLATORI E DELLA DEGLUTIZIONE	Clinica e valutazione logopedica delle patologie vocali e della fluenza verbale	2° anno/ II sem.	MED/50	2	24 ore
NEUROPSICOLOGIA	Psicometria	2° anno/ II sem.	M-PSI/03	1	12 ore
SCIENZE LOGOPEDICHE APPLICATE ALLA NEUROPSICOLOGIA 2	Riabilitazione dell'afasia	3° anno/ I sem.	MED/50	3	30 ore

SCIENZE LOGOPEDICHE APPLICATE AI DISTURBI FONO-ARTICOLATORI	Riabilitazione delle patologie delle funzioni orali e articolatorie	3° anno/ II sem.	MED/50	2	24 ore
SCIENZE LOGOPEDICHE APPLICATE AI DISTURBI FONO-ARTICOLATORI	Riabilitazione delle patologie della voce e della fluenza verbale	3° anno/ II sem.	MED/50	2	24 ore
SCIENZE LOGOPEDICHE APPLICATE AI DISTURBI FONO-ARTICOLATORI	Discipline dello spettacolo	3° anno/ II sem.	L-ART/05	1	12 ore

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/Magistrale della rispettiva classe. In deroga, essere Docenti del corso già incaricati da almeno 5 anni, in possesso di Laurea Triennale, 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 modello allegato, 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 decorrenti dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso all'Albo on line dell'Università degli Studi di Perugia**, utilizzando l'apposito modello (Allegato "A"), disponibile 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, si attesti la corrispondenza a verità di quanto dichiarato (nel caso di utilizzo del modello di domanda di cui all'allegato "A", la dichiarazione vi è ricompresa).

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 departimento.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, qualora indicato, 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 secondo le modalità ed **entro il termine perentorio sopra indicato.**

Ai fini del rispetto di tale termine, faranno fede solo la data e l'ora di arrivo della domanda alla casella istituzionale di posta certificata del DIPARTIMENTO, pertanto saranno **irricevibili** le domande e la relativa documentazione pervenute oltre la data summenzionata, ancorché spedite entro il termine stesso.

Il candidato la cui domanda pervenga oltre il termine di cui sopra, si intende automaticamente escluso, senza alcun onere di comunicazione da parte della Struttura Ricevente.

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.

Per informazioni inerenti il presente avviso, si prega di contattare l'Ufficio Didattica del Dipartimento di Medicina e Chirurgia (Tel.: 0755858132-8222; E-mail: ufficio.didattica.med@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 DIRETTORE GENERALE
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^(*) 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.