

DIPARTIMENTO GIURIDICO E RISORSE UMANE

**S.C. ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E
FORMAZIONE PERSONALE**

Direttore Dott.ssa Maria Beatrice BOCCIA

Via Manzoni, 14 – 17100 Savona

Tel. 019/8404668 fax 019/8404678

e-mail: ammipers@asl2.liguria.it 17100 Savona

Responsabile del procedimento: Inchingolo Daniela

Allegato: 1 /pagg. 1

Savona, data del protocollo

AVVISO AL PERSONALE

Oggetto: Ricezione domande di docenza nella disciplina: Massoterapia generale e Kinesiterapia generale (MED/25) – Corso integrato: Cinesiologia, biomeccanica e riabilitazione generale - 1°anno - 2° Semestre - Corso di Laurea in Fisioterapia - Anno Accademico 2017/2018.

In considerazione della Comunicazione del 16 Ottobre 2017 del Direttore del Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili dell'Università degli Studi di Genova ad oggetto "Corso di Laurea in Fisioterapia – Richiesta emissione bando per l'affidamento di incarichi di docenza a personale del SSN per il Corso di Laurea in Fisioterapia – A.A. 2017/2018", questa Azienda procede alla ricezione delle domande di insegnamento della disciplina: Massoterapia generale e Kinesiterapia generale (MED/25) – Corso integrato: Cinesiologia, biomeccanica e riabilitazione generale - 1°anno - 2° Semestre - Corso di Laurea in Fisioterapia per l'Anno Accademico 2017/2018.

Gli interessati possono presentare domanda, redatta su apposito modulo (allegato 1), da spedire o consegnare all'Ufficio Protocollo – A.S.L. 2 Savonese–Via Manzoni, 14 – 17100 Savona **entro e non oltre Giovedì 7 Dicembre 2017** (non fa fede il timbro postale).

Tale richiesta dovrà essere corredata da un dettagliato curriculum che specifichi, oltre ai titoli, eventuali insegnamenti, pubblicazioni e ricerche.

Si precisa, inoltre, che la nomina dei docenti non universitari del S.S.N. avviene annualmente a cura del Rettore, senza oneri per l'Università, su proposta del Consiglio di Corso di Laurea, deliberazione del Consiglio di Facoltà e nulla osta del Direttore Generale della struttura di appartenenza.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Centro Formazione e Aggiornamento:

- Tel.0196234931 mail: centroformazione.pietra@asl2.liguria.it Referente: Dott. Robutti Alessandro.

Il Direttore
S.C. Organizzazione Gestione e
Formazione Personale
(Dott.ssa M. Beatrice Boccia)

Il Direttore Amministrativo
(Dott. Salvatore Giuffida)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Eugenio Porfido)
Il Direttore Sanitario f.f.
(Dott. Luca Garra)

Allegato 1

**CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA
POLO DI PIETRA LIGURE**

MODULO DI DOMANDA DI DOCENZA

Al Coordinatore del Corso di Laurea in Fisioterapia
Università degli Studi di Genova

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente in _____ cap _____ via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____ e.mail _____

CHIEDE

di poter svolgere attività di insegnamento per la disciplina: Massoterapia generale e kinesiterapia generale (MED/25) - Corso Integrato: Cinesiologia, biomeccanica e riabilitazione generale - 1°anno/2°semestre - Corso di Laurea in Fisioterapia – Anno accademico 2017/2018.

A tal fine dichiara di essere in possesso della laurea _____

del diploma _____

della specializzazione in _____

di essere dipendente _____ in qualità di _____

tel. lavoro _____ indirizzo posta elettronica _____

Dichiara, inoltre, di non essere titolare di borsa di studio, dottorando di ricerca o specializzando dell'Università degli Studi di Genova o di altro Ateneo.

Allego dettagliato curriculum vitae e titoli ritenuti utili ai fini della valutazione e relativo elenco (sottoscritto in ogni pagina).

Data _____

Firma del dichiarante

N.B.: COMPILARE UNA DOMANDA PER OGNI DISCIPLINA

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Si informa la S.V. che, in relazione al D.Lgs. 196/2003, i dati personali di cui alla presente scheda verranno raccolti solo ed esclusivamente per le finalità relative all'incarico di docenza presso il C.L. in Fisioterapia e per la realizzazione delle necessarie attività correlate e conseguenti. In base al suddetto D.Lgs., è diritto della S.V. di esercitare le facoltà previste dall'art. 7 dello stesso.

Dichiaro di acconsentire al trattamento dei miei dati personali come da informativa di cui sopra.

Data _____

Firma _____