



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: ammpers@asl2.liguria.it 17100 Savona

Responsabile del procedimento: Inchingolo Daniela  
Allegati: 2 /pagg. 3

Savona, data del protocollo

### AVVISO AL PERSONALE

**Oggetto: Ricezione domande di docenza al Corso di Studio in Fisioterapia – Sede di Pietra Ligure - Anno Accademico 2018/2019.**

In considerazione della comunicazione del 24 Maggio 2018 Prot.n. 34079 del Direttore del Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili dell'Università degli Studi di Genova ad oggetto "Corso di Studio in Fisioterapia – Richiesta emissione bando per l'affidamento di incarichi di docenza al personale del SSN per il Corso di Studio in Fisioterapia – A.A. 2018/2019", questa Azienda procede alla ricezione delle domande di insegnamento al Corso di Studio in Fisioterapia per l'Anno Accademico 2018/2019.

Gli interessati possono presentare domanda, redatta su apposito modulo (allegato 1), da spedire o consegnare all'Ufficio Protocollo – A.S.L. 2 Sistema Sanitario Regione Liguria – Via Manzoni, 14 – 17100 Savona **entro e non oltre Venerdì 22 Giugno 2019** (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 Studio, deliberazione del Consiglio di Facoltà e nulla osta del Direttore Generale della struttura di appartenenza.

In allegato si precisano i Corsi Integrati e le Attività formative (allegato 2) oggetto di bando Anno Accademico 2018/2019.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Centro Formazione e Aggiornamento:

- Tel.0196234931 mail: [centroformazione.pietra@asl2.liguria.it](mailto:centroformazione.pietra@asl2.liguria.it) Referente: Dott. Robutti Alessandro.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Eugenio Porfido)

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

Il Direttore Amministrativo  
(Dott. Salvatore Giuffida)

Il Direttore Sanitario f.f.  
(Dott. Luca Garra)

Allegato 1

**CORSO DI STUDIO IN FISIOTERAPIA - POLO DI PIETRA LIGURE**

**MODULO DI DOMANDA DI DOCENZA**

Al Coordinatore del Corso di Studio 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:

\_\_\_\_\_

del Corso Integrato di \_\_\_\_\_  
del  1°anno  2°anno  3°anno al Corso di Studio in Fisioterapia sede formativa di  
Pietra Ligure, Anno accademico 2018/2019.

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 \_\_\_\_\_

**CORSO DI STUDIO IN FISIOTERAPIA - SEDE FORMATIVA DI PIETRA LIGURE****ELENCO INSEGNAMENTI MESSI A BANDO – Anno Accademico 2018-2019**

<b>CORSO DI STUDI</b>	<b>Anno</b>	<b>Periodo</b>	<b>CORSO INTEGRATO</b>	<b>INSEGNAMENTO</b>	<b>SSD</b>	<b>CFU</b>	<b>Ore lezione</b>	<b>Sede</b>
FISIOTERAPIA	1	1° Semestre	CINESIOLOGIA BIOMECCANICA E RIABILITAZIONE GENERALE	RIABILITAZIONE GENERALE	MED/48	1	10	PL
FISIOTERAPIA	2	1° Semestre	PATOLOGIA APPARATO LOCOMOTORE E REUMATOLGIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	MED/33	2	20	PL
FISIOTERAPIA	2	1° Semestre	PATOLOGIA APPARATO LOCOMOTORE E REUMATOLGIA	REUMATOLOGIA	MED/16	1	10	PL
FISIOTERAPIA	3	1° Semestre	RIABILITAZIONE MOTORIA SPECIALE	PROTESIOLOGIA ORTESILOGIA E TERAPIA OCCUPAZIONALE	MED/48	1	10	PL
FISIOTERAPIA	3	1° Semestre	RIABILITAZIONE DELLE FUNZIONI VISCERALI	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	MED/48	1	10	PL
FISIOTERAPIA	3	1° Semestre	RIABILITAZIONE DELLE FUNZIONI VISCERALI	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA	MED/48	1	10	PL