

DIPARTIMENTO GIURIDICO, RISORSE UMANE E
RELAZIONI ESTERNE

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

asl_2sav - ASL 2 SAVONA
REGISTRO UFFICIALE
0063659 - 28/06/2016 - USCITA



Uff.: OGPFA

Responsabile del procedimento: M.C. Vallarino

Prot. OGP/FA

Allegato: 3 /pag. 3

Savona, data del protocollo

AVVISO AL PERSONALE DIPENDENTE ASL 2 SAVONESE

Oggetto: Ricezione domande di incarico al ruolo di Coordinatore tecnico-pratico e di tirocinio Corso di Laurea in Infermieristica per n.1 posto rispettivamente per il Polo di Savona e per il Polo di Pietra Ligure, triennio 2015/18.

In considerazione della Comunicazione protocollo d'arrivo 0059198/EN del 15/06/16 del Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL) - dell'Università degli Studi di Genova ad oggetto "Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie - sedi formative: Savona e Pietra Ligure. Richiesta avviso di selezione per n.1 posto al ruolo di Coordinatore tecnico pratico e di tirocinio per ciascuna sede formativa – triennio 2015/2018 – C.L. in Infermieristica", questa Azienda procede alla ricezione delle domande ad assumere l'incarico di Coordinatore tecnico-pratico e di tirocinio del Corso di Laurea in Infermieristica – Polo di Savona e Polo di Pietra Ligure – per il triennio 2015-2018.

Requisiti di ammissione:

- possesso di Laurea Specialistica o Magistrale nello specifico profilo professionale di appartenenza.

Gli interessati possono presentare domanda, corredata da un dettagliato curriculum, redatta su apposito fac-simile allegato, da spedire o consegnare, **entro e non oltre le ore 12,00 del 20 luglio 2016** (non fa fede il timbro postale), all' Ufficio Protocollo – A.S.L. 2 Savonese Via Manzoni, 14 – 17100 Savona o Via XXV Aprile, 38 – 17027 Pietra Ligure.

Si precisa che questa Amministrazione procederà esclusivamente alla sola ricezione delle istanze che saranno successivamente trasmesse all'Università degli Studi di Genova – Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL) – C.L. in Infermieristica per le relative nomine.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Centro Formazione e Aggiornamento sede Savona e Pietra Ligure (tel. 019/8405472 e 019/6234930), Referenti: Voersio Gabriella e Sacco Nicoletta.

IN COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. Eugenio Porfido)



ASL 2 Savonese – sede legale: Via Manzoni 14 – 17100 Savona www.asl2.liguria.it

Il Sub Commissario Sanitario
Dr.ssa Antonella PIAZZA



Il Sub Commissario Amministrativo
Avv. Antonio PIPICELLI



CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - SEDE DI SAVONA

**MODULO DI DOMANDA di incarico al ruolo di COORDINATORE TECNICO PRATICO
E DI TIROCINIO del C.L. in Infermieristica Polo di Savona, Triennio 2015-2018**

Al Coordinatore C.L. Infermieristica
Università degli Studi di Genova

Il/la sottoscritto/a _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

Cellulare _____ e-mail _____

Dipendente dell'ASL 2 Savonese con la qualifica di _____

Servizio/Struttura di appartenenza _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso di disponibilità per svolgere l'incarico di Coordinatore tecnico-pratico e di tirocinio per il Corso di Laurea in Infermieristica per il triennio 2015-2018 per il Polo di Savona.

Allega alla presente istanza dettagliato curriculum formativo/professionale (sottoscritto in ogni pagina) e format per selezione comparativa (allegato 3 all'avviso).

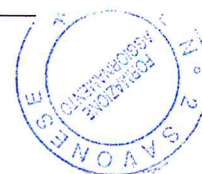
Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

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 Coordinatore tecnico-pratico e di tirocinio presso il C.L. in Infermieristica sede di Savona e 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 alla trasmissione dei propri dati all'Università degli Studi di Genova come da informativa di cui sopra.

Data _____

Firma _____



CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - SEDE DI PIETRA LIGURE

**MODULO DI DOMANDA di incarico al ruolo di COORDINATORE TECNICO PRATICO
E DI TIROCINIO del C.L. in Infermieristica Polo di Pietra Ligure, Triennio 2015-2018**

Al Coordinatore C.L. Infermieristica
Università degli Studi di Genova

Il/la sottoscritto/a _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

Cellulare _____ e-mail _____

Dipendente dell'ASL 2 Savonese con la qualifica di _____

Servizio/Struttura di appartenenza _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso di disponibilità per svolgere l'incarico di Coordinatore tecnico-pratico e di tirocinio per il Corso di Laurea in Infermieristica per il triennio 2015-2018 per il Polo di Pietra Ligure.

Allega alla presente istanza dettagliato curriculum formativo/professionale (sottoscritto in ogni pagina) e format per selezione comparativa (allegato 3 all'avviso).

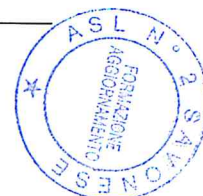
Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

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 Coordinatore tecnico-pratico e di tirocinio presso il C.L. in Infermieristica sede di Pietra Ligure e 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 alla trasmissione dei propri dati all'Università degli Studi di Genova come da informativa di cui sopra.

Data _____

Firma _____



**FORMAT DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER SELEZIONE
COMPARATIVA PER COORDINATORE TECNICO-PRATICO E DI TIROCINIO**

(il presente format integra, e non sostituisce, la documentazione prevista dalla domanda di partecipazione)

Io sottoscritto/a

NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
RESIDENTE A	
VIA/PIAZZA	
CELL	
E-MAIL	
DIPENDENTE (indicare Azienda SSN di appartenenza)	
CON LA QUALIFICA DI	

Dichiaro di essere in possesso dei seguenti titoli:

Laurea Specialistica o Magistrale nello Specifico Profilo Professionale di appartenenza (requisito di ammissione)	Specificare anno di conseguimento (ed eventuale votazione)
Esperienza di coordinamento corso nello specifico profilo professionale di appartenenza	Specificare anni di svolgimento dell'attività e corso/i di laurea/laurea magistrale nell'ambito del/i quale/i è stata svolta l'attività
Attività di tutorato didattico nello specifico profilo professionale di appartenenza	Specificare anni di svolgimento dell'attività e corso/i di laurea/laurea magistrale nell'ambito del/i quale/i è stata svolta l'attività
Attività didattica universitaria (ultimi 15 anni)	Specificare anno accademico, corso di laurea, insegnamento (e corso integrato)
Master universitario di I e/o II livello e/o corsi di perfezionamento universitario	Indicare anno accademico, titolo tesi e nominativo tesista, corso di laurea del tesista
Essere autore/coautore delle seguenti pubblicazioni	Elencare le pubblicazioni

Data _____

Firma _____

