

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

asl_2sav - ASL 2 SAVONA
REGISTRO UFFICIALE
0019636 - 29/02/2016 - USCITA



Uff.: OGPFP

Responsabile del procedimento: Inchingolo Daniela
Prot.

Allegato: 1 /pagg. 1

Savona, data del protocollo

AVVISO AL PERSONALE

Oggetto: Ricezione domande di docenza nella disciplina: Pediatria (MED/38) – Corso integrato: Medicina Materno Infantile - 2°anno/2° Semestre - Corso di Laurea in Fisioterapia sede Pietra Ligure. Anno Accademico 2015/2016.

In considerazione della Comunicazione del 10/02/2016 del Presidente del Corso di Laurea in Fisioterapia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Genova ad oggetto "Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie (Anno Accademico 2015/2016)", questa Azienda procede alla ricezione delle domande di insegnamento della disciplina Pediatria (MED/38) – Corso integrato: Medicina Materno Infantile - 2° anno/2° Semestre - Corso di Laurea in Fisioterapia della Sede Pietra Ligure per l'Anno Accademico 2015/2016.

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 o presso l'Ufficio Protocollo – Ospedale "Santa Corona" Pietra Ligure, **entro e non oltre Venerdì 11 Marzo 2016** (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:

- sede Pietra Ligure tel. 0196234931 mail: centroformazione.pietra@asl2.liguria.it Referente: Dott. Robutti Alessandro.

Il Sub Commissario Amministrativo
Avv. Antonio PIPICELLI

Il Sub Commissario Sanitario
Dr.ssa Antonella PIAZZA



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. Eugenio Porfido)

Allegato 1

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

SEDE DI PIETRA LIGURE

MODULO DI DOMANDA DI DOCENZA

Al Presidente 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: Pediatria (MED/38) - Corso Integrato di Medicina Materno Infantile - 2°anno/2°semestre - Corso di Laurea in Fisioterapia – Anno accademico 2015/2016 – Sede di Pietra Ligure.

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 Infermieristica sede di Savona e 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 al trattamento dei miei dati personali come da informativa di cui sopra.

Data _____

Firma _____

