



AZIENDA  
SANITARIA  
LOCALE N. 2  
SAVONESE

DIPARTIMENTO AREA RISORSE UMANE  
S.C. ORGANIZZAZIONE, GESTIONE  
E FORMAZIONE PERSONALE  
Direttore Dott.ssa Maria Beatrice Boccia  
CENTRO FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO  
SEDE di PIETRA LIGURE  
Via XXV Aprile, 38 – 17027 Pietra Ligure (SV)  
Responsabile Dott.ssa Nicoletta Sacco



Pietra Ligure - tel. 019/6232631- fax 019/6234943  
e-mail: centro.formazione.pietra@asl2.liguria.it  
Responsabile del procedimento: Dott.ssa Nicoletta Sacco  
Estensore del documento: Sig.a Daniela Inchingolo

### AVVISO AL PERSONALE

PER L'INDIVIDUAZIONE DI DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DI INCARICO DI :

- N. 3 POSTI AL RUOLO DI TUTOR PEDAGOGICO (DI TIROCINIO) NELL'AMBITO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - POLO DI PIETRA LIGURE

**TRIENNIO 2015-2018**

A seguito della richiesta pervenuta da parte dell'Università degli Studi di Genova – Dipartimento di Scienze della Salute - DISSAL, acquisita agli atti di questa ASL con prot. gen. n. 95497 del 5 Ottobre 2016, si comunica che sono aperti i termini di presentazione delle domande per la disponibilità ad assumere l'incarico di Tutor Pedagogico (di Tirocinio) nell'ambito del Corso di Laurea in Infermieristica – Polo di Pietra Ligure – per il triennio 2015/2018.

#### Requisiti per l'ammissione al bando

- Laurea Triennale o titolo equipollente nello specifico profilo professionale di appartenenza.

Gli interessati possono presentare domanda, redatta su apposito fac-simile allegato, da spedire o consegnare, entro e non oltre le ore **12.00 del giorno 18 Novembre 2016** all'Ufficio Protocollo – A.S.L. 2 Savonese – Via Manzoni, 14 – 17100 Savona o presso l'Ufficio Protocollo – Ospedale “Santa Corona” – Via XXV Aprile, 38 – 17027 Pietra Ligure, (non fa fede il timbro postale).

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) – Corso di Laurea in Infermieristica per le relative nomine.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Centro Formazione e Aggiornamento:

- sede Pietra Ligure tel. 0196232631 mail: [centroformazione.pietra@asl2.liguria.it](mailto:centroformazione.pietra@asl2.liguria.it) Referente: Dott.ssa Sacco Nicoletta.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Eugenio Porfido)

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr.ssa Antonella PIAZZA

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Salvatore GIUFFRIDA

**MODULO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' AVVISO DI DISPONIBILITA'  
AL CONFERIMENTO DI INCARICO DI :**

**TUTOR PEDAGOGICO (DI TIROCINIO)  
NELL'AMBITO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
POLO DI PIETRA LIGURE**

**TRIENNIO 2015-2018**

Al Coordinatore CL Infermieristica  
Università degli Studi di Genova

Il/la sottoscritt o/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ 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 Tutor Pedagogico (di Tirocinio) nell'ambito del Corso di Laurea in Infermieristica del Polo di Pietra Ligure.

A tal fine allega alla presente istanza dettagliato curriculum formativo e professionale.

Chiede che ogni comunicazione inerente il presente avviso venga inviata al seguente indirizzo:  
\_\_\_\_\_

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 il/la sottoscritt.... autorizza la trasmissione dei propri dati, contenuti nella presente scheda, all'Università degli Studi di Genova.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

Allegato : curriculum formativo e professionale

**FORMAT DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' AVVISO DI  
DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DI INCARICO DI :**

**TUTOR PEDAGOGICO (DI TIROCINIO)  
NELL'AMBITO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA  
POLO DI PIETRA LIGURE**

**TRIENNIO 2015-2018**

(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 triennale o titolo equipollente nello specifico profilo professionale di appartenenza (requisito di ammissione)	Specificare anno di conseguimento (ed eventuale votazione)
Laurea specialistica o magistrale nella classe di laurea cui afferisce lo specifico profilo professionale o titoli equipollenti	Specificare anno di conseguimento (ed eventuale votazione)
Avere svolto attivita' di tutorato didattico nello specifico profilo professionale di appartenenza	Specificare anni di svolgimento dell'attivita' e corso/i di Laurea/Laurea Magistrale nell'ambito del/i quale/i e' stata svolta l'attivita'
Avere svolto attivita' di guida di tirocinio (tutor clinico) nello specifico profilo professionale di appartenenza	Specificare anni di svolgimento dell'attivita' e corso/i di Laurea/Laurea Magistrale nell'ambito del/i quale/i e' stata svolta l'attivita'
Avere svolto attivita' didattica universitaria (ultimi 15 anni)	Specificare anno accademico, corso di Laurea, insegnamento (e corso integrato)
Master universitario I e/o II livello corsi perfezionamento universitario	Specificare anno accademico di svolgimento Master, titolo e livello (I e II) Master, Universita' erogante; specificare anno accademico svolgimento corsi perfezionamento universitari, titoli dei corsi, Universita' erogante.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_