



## **CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA**

### **AVVISO: CONFERIMENTO INCARICO PER “AFFIDAMENTO DI INCARICO DI DOCENZA” – ANNO ACCADEMICO 2013/2014 -**

Il presente avviso disciplina la presentazione delle istanze per l’assegnazione dell’incarico di insegnamento previsto nella struttura del Piano di Studio della Laurea Triennale della Professione Sanitarie di Ostetricia per l’A.A. 2013/2014 -:

<b><u>SSD</u></b>	<b><u>INSEGNAMENTO</u></b>	<b><u>CORSO INTEGRATO</u></b>	<b><u>ORE</u></b>	<b><u>A.S.</u></b>
SPS/09	Sociologia	Organizzazione Sanitaria e Management	30	III.2

#### **Art. 1 – Requisiti di partecipazione**

Il presente avviso è riservato esclusivamente al personale dipendente dell’Azienda Sant’Anna e San Sebastiano – Caserta, in possesso dei requisiti formativi e professionali correlati al singolo insegnamento scelto, che per l’anno accademico 2013/2014 non risulta assegnatario di incarico di docenza per i corsi di laurea triennali delle professioni sanitarie ( infermiere-ostetrica-tecnico di radiologia medica).

#### **Art. 2 – Criteri di valutazione**

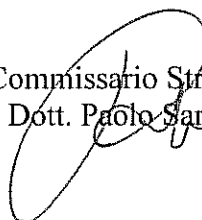
- laurea magistrale conseguita da almeno tre anni;
- congruenza del titolo di studio e dell’attività esercitata con la disciplina per la quale è presentata la domanda di insegnamento;

#### **Art. 3 – Modalità e termini per la presentazione delle domande**

Le istanze dovranno essere redatte secondo l’allegato modello, corredate da copia del documento di riconoscimento in corso di validità, indirizzate al Commissario Straordinario e inviate entro le ore 12.00 del 12/05/2014. Alla domanda dovrà inoltre essere allegato pena esclusione, curriculum vitae e studiorum sintetico e dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell’atto di notorietà.

**24 APR. 2014**

Il Commissario Straordinario  
Dott. Paolo Sarnelli





Al sig. Commissario Straordinario  
Dott. Paolo Sarnelli  
A.O.R.N. "S. Anna e S. Sebastiano"  
Caserta

Oggetto: Conferimento incarico di docenza Corso di Laurea Triennale della Professioni Sanitarie :  
Ostetricia – A.A. 201/2014

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ vi a \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di poter svolgere l'insegnamento per la disciplina : codice SPS/09 - SOCIOLOGIA

Corso Integrato : ORGANIZZAZIONE SANITARIA E MANAGEMENT

A tal fine dichiara di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_

della Specializzazione in \_\_\_\_\_

di essere dipendente presso la UU.OO. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Si allega, alla presente, breve Curriculum formativo

Ai sensi del D.L. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) il/la sottoscritto/a autorizza la trasmissione dei propri dati, contenuti nella presente scheda, alla Seconda Università degli Studi di Napoli.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'<sup>1</sup>\*

( Artt. 46,47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 )

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
residenza via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ ( ) cap \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
ai fini dell'affidamento dell'insegnamento di \_\_\_\_\_  
nel Corso di Laurea per le professioni sanitarie in \_\_\_\_\_  
della Seconda Università degli Studi di Napoli, attivato presso la Sede di formazione esterna  
\_\_\_\_\_, con riferimento al citato anno accademico, ai sensi  
degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76  
del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria  
responsabilità:

### DICHIARA

Di essere dipendente di ruolo del Servizio Sanitario Nazionale e di essere in servizio presso la  
citata struttura del S.S.N. \_\_\_\_\_ (sede di svolgimento del  
corso) con la qualifica di \_\_\_\_\_ a decorrere dal  
\_\_\_\_\_.

Allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Data .....

FIRMA del DICHIARANTE  
( leggibile e di proprio pugno )

\_\_\_\_\_