

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI TUTOR DI LABORATORIO PROFESSIONALE E ISTRUTTORE  
BLS-D (BASIC LIFE SUPPORT AND DEFIBRILLATION),  
RISERVATO AL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO**

**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - SEDE DI PERUGIA**

**Vista** la Legge 19.11.1990, n.341;

**Visto** il D.lgs. del 30/12/1992 n.502, modificato con D.lgs. del 7/12/1993 n.517;

**Visto** il D.M. 22/10/2004, n. 270;

**Vista** la Legge Regionale 12 novembre 2012, n. 18;

**Vista** la nota MIUR prot. n. 10937/2013 avente ad oggetto "Mozione dell'Osservatorio Nazionale per le Professioni Sanitarie sui requisiti di docenza per i corsi delle professioni sanitarie" del 20/03/2013;

**Visto** il Protocollo generale d'intesa fra Regione Umbria ed Università degli Studi di Perugia del 20/04/2015, in attuazione dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, del DPCM 24 maggio 2001 ed ai sensi della Legge 30 dicembre 2010, n. 240 e della Legge Regionale 12 Novembre 2012, n. 18;

**Visto** il Protocollo di Intesa "Corsi delle Lauree Sanitarie Triennali e Magistrali" stipulato il 27/02/2017 tra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia;

**Visto** l'Accordo attuativo tra Università degli Studi di Perugia e Azienda Ospedaliera di Perugia, ai sensi dell'art. 1. c. 3 del Protocollo d'Intesa tra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia di cui sopra;

**Visto** l'art. 12 del Regolamento Didattico del Corso di Studio in Infermieristica - Sede di Perugia, A.A. 2023/2024;

**Vista** la nota della Presidente del CdS in Infermieristica - Sede di Perugia, prot. n. 279915 del 11/08/2023, con la quale si chiede la pubblicazione di un Avviso per il conferimento di n. 36 incarichi di Tutor di Laboratorio professionale e Istruttori BLS-D (*Basic Life Support and Defibrillation*), riservato al Personale del Ruolo Sanitario, per l'A.A. 2023/2024;

**Visto** il nulla osta dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, prot. n. 282320 del 21/08/2023, all'emissione del presente avviso;

**Precisato** che nel presente Avviso i termini di genere maschile si riferiscono a persone di qualunque genere;

**Art. 1 - Indizione -**

Si porta a conoscenza del **Personale del Ruolo Sanitario dipendente ed in servizio presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria** che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per l'affidamento di n. 36 incarichi di Tutor di Laboratorio professionale, per un impegno annuale massimo di n. 40 ore cadauno e un compenso orario secondo quanto stabilito da contratto collettivo nazionale vigente, come di seguito specificato:

- **n. 18 Tutor di Laboratorio professionale I e II (incarico A)**
- **n. 6 Tutor di Laboratorio professionale III (incarico B)**
- **n. 12 Istruttori *Basic Life Support and Defibrillation* (incarico C)**

per lo svolgimento delle seguenti attività laboratoriali previste dal piano di studio del CdS in Infermieristica - Sede di Perugia:

<b>Attività didattica</b>	<b>Anno / Sem.</b>	<b>SSD</b>	<b>CFU</b>	<b>ORE</b>
LABORATORIO PROFESSIONALE I	1^ / II	MED/45	1	20
LABORATORIO PROFESSIONALE II	2^ / II	MED/45	1	20 (di cui 8 dedicate al corso BLS-D)

LABORATORIO PROFESSIONALE III	3 <sup>^</sup> / II	MED/45	1	20 (di cui 4 dedicate al corso BLS-D e 16 a macro-simulazione)
-------------------------------	---------------------	--------	---	---

Il Tutor di Laboratorio professionale I e II (incarico A) svolgerà attività laboratoriali di base propedeutiche al tirocinio clinico per il 1<sup>^</sup> e 2<sup>^</sup> anno di corso.

Il Tutor di Laboratorio professionale III svolgerà attività laboratoriali di macro-simulazione propedeutiche al tirocinio clinico per il 3<sup>^</sup> anno di corso.

L'Istruttore BLS-D svolgerà i corsi di *Basic Life Support and Defibrillation* (supporto di base alle funzioni vitali e defibrillazione) nell'ambito delle attività laboratoriali previste al 2<sup>^</sup> e 3<sup>^</sup> anno di corso.

### Art. 2 - Requisiti di partecipazione -

Per candidarsi come **Tutor di Laboratorio professionale I e II (incarico A)** è necessario possedere i seguenti requisiti:

- appartenere al ruolo sanitario del SSR presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria;
- appartenere allo specifico profilo professionale di Infermiere (SSD MED/45);
- possedere un'esperienza professionale nello specifico profilo (SSD MED/45) di almeno 5 anni;
- possedere la Laurea Triennale in Infermieristica *ovvero* Diploma Universitario *ovvero* titolo equipollente di cui alla legge 42/99 e successivi Decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000.

Per candidarsi come **Tutor di Laboratorio professionale III (incarico B)** è necessario possedere i seguenti requisiti:

- appartenere al ruolo sanitario del SSR presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria;
- appartenere allo specifico profilo professionale di Infermiere (SSD MED/45);
- possedere un'esperienza professionale nello specifico profilo (SSD MED/45) di almeno 5 anni;
- possedere la Laurea Triennale in Infermieristica *ovvero* Diploma Universitario *ovvero* titolo equipollente di cui alla legge 42/99 e successivi Decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000;
- possedere esperienza nella simulazione in sanità (gestione scenari di macro simulazione e paziente simulato, esperienza *debriefing* strutturato) di almeno 3 anni che si evinca dal curriculum vitae.

Per candidarsi come **Istruttore BLS-D (incarico C)** è necessario possedere i seguenti requisiti:

- appartenere al ruolo sanitario del SSR presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria;
- appartenere allo specifico profilo professionale di Infermiere (SSD MED/45);
- possedere un'esperienza professionale nello specifico profilo (SSD MED/45) di almeno 5 anni;
- possedere la Laurea Triennale in Infermieristica *ovvero* Diploma Universitario *ovvero* titolo equipollente di cui alla legge 42/99 e successivi Decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000;
- possedere la qualifica di Istruttore BLS-D sanitario certificato dalla società scientifica IRC (*Italian Resuscitation Council*). Tale requisito può essere autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

### Art. 3 - Modalità e termini per la presentazione della domanda di partecipazione -

La domanda di partecipazione alla selezione dovrà essere presentata, tramite il proprio indirizzo personale di Posta Elettronica Certificata-PEC *ovvero* di posta elettronica non certificata, all'indirizzo [dipartimento.med@cert.unipg.it](mailto:dipartimento.med@cert.unipg.it).

Non sarà ritenuta valida la documentazione trasmessa ad altro indirizzo di posta elettronica da quello indicato e non sarà ritenuta valida la documentazione trasmessa in formato diverso dal formato PDF; l'**oggetto** della email dovrà riportare COGNOME e NOME del candidato e la dicitura: TUTOR DI LABORATORIO PROFESSIONALE I e II - incarico A *ovvero* TUTOR DI LABORATORIO PROFESSIONALE III - incarico B *ovvero* ISTRUTTORE BLS-D - incarico C (**N.B.:** Al fine di evitare problemi di trasmissione, si raccomanda l'inoltro della domanda mediante un unico invio ed in un unico FILE PDF, l'eventuale scansione in PDF dovrà essere

effettuata in bianco e nero e con bassa risoluzione, il peso complessivo della email inviata non dovrà comunque superare 2 MB).

La domanda dovrà essere presentata esclusivamente secondo le modalità sopra descritte entro e non oltre 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso, utilizzando **obbligatoriamente il modello “Allegato A” ovvero “Allegato B” ovvero “Allegato C”**, parti integranti del presente Avviso e disponibili in formato word sul sito del Dipartimento di Medicina e Chirurgia all'indirizzo <https://dimec.unipg.it/>, allegando i seguenti documenti:

▪ **per Tutor di Laboratorio professionale I e II (incarico A):**

- curriculum vitae in formato europeo;
- “Allegato A” contenente i seguenti titoli, oggetto di valutazione:
  1. titoli di studio;
  2. attività professionale;
  3. attività didattica in ambito universitario;
  4. pubblicazioni scientifiche;
- copia di un documento di identità in corso di validità (non dovuta se la domanda viene sottoscritta con firma digitale).

▪ **per Tutor di Laboratorio professionale III (incarico B):**

- curriculum vitae in formato europeo;
- “Allegato B” contenente i seguenti titoli, oggetto di valutazione:
  1. titoli di studio;
  2. attività professionale;
  3. attività didattica in ambito universitario;
  4. pubblicazioni scientifiche;
- copia di un documento di identità in corso di validità (non dovuta se la domanda viene sottoscritta con firma digitale).

▪ **per Istruttore BLS-D (incarico C):**

- curriculum vitae in formato europeo;
- “Allegato C” contenente i seguenti titoli, oggetto di valutazione:
  1. attività didattica in ambito universitario;
  2. elenco corsi BLS-D certificati IRC;
- copia di un documento di identità in corso di validità (non dovuta se la domanda viene sottoscritta con firma digitale).

Nel caso in cui si desideri concorrere per più di un incarico, è necessario inviare una domanda per ciascun profilo, in accordo con i modelli sopra indicati, fermo restando che NON può essere assegnato più di un incarico alla medesima persona.

Non saranno valutati i corsi di formazione obbligatoria di aggiornamento professionale e di formazione permanente (ECM), le pubblicazioni su riviste non indicizzate, i corsi BLS-D non certificati IRC, nonché tutto ciò che non è chiaramente espresso/documentato.

Ai fini del rispetto della data di scadenza, faranno fede solo la data e l'ora di arrivo della domanda alla casella istituzionale di posta certificata del Dipartimento. L'Amministrazione è esonerata da qualunque responsabilità nel caso in cui, per qualsiasi motivo, la domanda non pervenisse in tempo utile.

#### Art. 4 - Valutazione dei titoli -

Le domande di partecipazione saranno valutate da una Commissione composta da Docenti del Corso di Studio in Infermieristica - Sede di Perugia.

La Commissione dispone complessivamente di **50 punti** per la valutazione dei titoli, per ciascuno dei profili richiesti, come appresso dettagliato:

- **Tutor di Laboratorio professionale I e II (incarico A)**

fino a **15 punti** per i **titoli di studio**, così articolati:

- Master clinico di I livello	punti 7
- Master in coordinamento di I livello	punti 4
- Laurea Magistrale/Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche	punti 4
- Dottorato di Ricerca (MED/45)	punti 2
- Master di II livello	punti 2

fino a **10 punti** per l'**attività professionale**, così articolati:

- Esperienza professionale in qualità di Infermiere (I)	punti 1 per ciascuna esperienza professionale di durata $\geq$ a 1 anno fino a un massimo di 7 punti
- Attività in qualità di Coordinatore Infermieristico (CI)	punti 0,5 per ciascuna esperienza professionale di durata $\geq$ a 1 anno fino a un massimo di 3 punti
- Attività in qualità di Incarico Organizzativo (IO - ex Posizione organizzativa)	punti 0,5 per ciascuna esperienza professionale di durata $\geq$ a 1 anno fino a un massimo di 3 punti

fino a **20 punti** per l'attività didattica in ambito universitario, così articolati:

- Didattica Laboratoriale (DL)	punti 2 per ciascuna esperienza di durata $\geq$ a 15 ore fino a un massimo di 16 punti
- Didattica Frontale (DF)	punti 1 per ciascuna esperienza di durata $\geq$ a 15 ore fino a un massimo di 4 punti

fino a **5 punti** per le pubblicazioni scientifiche, così articolati:

- pubblicazioni scientifiche attinenti (MED/45) su <u>riviste indicizzate</u> (WOS, Scopus, Cinahl) complete dei seguenti dati: Nome Autori, Titolo dell'articolo, Nome Rivista, Anno.	punti 0,5 per ciascuna pubblicazione fino a un massimo di 5 punti
<u>(Non saranno valutate pubblicazioni non attinenti e su riviste non indicizzate)</u>	

A parità di punteggio, la preferenza è determinata dalla minore età anagrafica.

- **Tutor di Laboratorio professionale III (incarico B)**

fino a **15 punti** per i **titoli di studio**, così articolati:

- Master clinico di I livello	punti 7
- Master in coordinamento di I livello	punti 4
- Laurea Magistrale/Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche	punti 4
- Dottorato di Ricerca (MED/45)	punti 2
- Master di II livello	punti 2

fino a **10 punti** per l'**attività professionale**, così articolati:

- Esperienza professionale in qualità di Infermiere (I)	punti 1 per ciascuna esperienza professionale di durata $\geq$ a 1 anno fino a un massimo di 7 punti
- Attività in qualità di Coordinatore Infermieristico (CI)	punti 0,5 per ciascuna esperienza professionale di durata $\geq$ a 1 anno fino a un massimo di 3 punti
- Attività in qualità di Incarico Organizzativo (IO - ex Posizione organizzativa)	punti 0,5 per ciascuna esperienza professionale di durata $\geq$ a 1 anno fino a un massimo di 3 punti

fino a **20 punti** per l'attività didattica in ambito universitario, così articolati:

- Didattica Laboratoriale (DL)	punti 2 per ciascuna esperienza di durata $\geq$ a 15 ore fino a un massimo di 16 punti
- Didattica Frontale (DF)	punti 1 per ciascuna esperienza di durata $\geq$ a 15 ore fino a un massimo di 4 punti

fino a **5 punti** per le pubblicazioni scientifiche, così articolati:

- pubblicazioni scientifiche attinenti (MED/45) su <u>riviste indicizzate</u> (WOS, Scopus, Cinahl) complete dei seguenti dati: Nome Autori, Titolo dell'articolo, Nome Rivista, Anno.	punti 0,5 per ciascuna pubblicazione fino a un massimo di 5 punti
<u>(Non saranno valutate pubblicazioni non attinenti e su riviste non indicizzate)</u>	

A parità di punteggio, la preferenza è determinata dalla minore età anagrafica.

- **Istruttore BLS-D (incarico C)**

fino a **10 punti** per l'attività didattica in ambito universitario, così articolati:

- Didattica Laboratoriale (DL)	punti 2 per ciascuna esperienza di durata $\geq$ a 15 ore fino a un massimo di 8 punti
--------------------------------	--

- Didattica Frontale (DF)	punti 1 per ciascuna esperienza di durata $\geq$ a 15 ore fino a un massimo di 2 punti
---------------------------	--

fino a **40 punti** per i corsi BLS-D effettuati, così articolati:

- corsi BLS-D <u>certificati IRC</u>	punti 0,5 per ciascun corso svolto fino a un massimo di 40 punti
<u>(Non saranno valutati corsi BLS-D certificati da società scientifiche diverse da IRC)</u>	

A parità di punteggio, la preferenza è determinata dalla minore età anagrafica.

#### **Art. 5 - Graduatoria -**

Verrà redatta una graduatoria di merito, di validità triennale, specifica per ciascun incarico:

- **Graduatoria A** per Tutor di Laboratorio professionale I e II (per attività previste al 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> anno di corso);
- **Graduatoria B** per Tutor di Laboratorio professionale III (per attività previste al 3<sup>a</sup> anno di corso);
- **Graduatoria C** per Istruttore BLS-D (per attività previste al 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> anno di corso).

Con riferimento alla sola Graduatoria C, il Dipartimento di Medicina e Chirurgia si riserva la facoltà di rendere disponibile la stessa anche per altri Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie che avessero necessità di avvalersi di tali Istruttori per lo svolgimento di corsi BLS-D, soddisfatte le esigenze didattiche del Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Perugia.

Il candidato che risulti vincitore assegnatario di più incarichi dovrà optare per uno solo di essi, comunicando la propria preferenza all'indirizzo di posta elettronica del Dipartimento di Medicina e Chirurgia ([dipartimento.med@unipg.it](mailto:dipartimento.med@unipg.it)), entro e non oltre il termine di 5 giorni dalla pubblicazione della graduatoria sul sito web dell'Ateneo. Ad esito dell'esercizio dell'opzione, gli incarichi non scelti saranno coperti con conseguente scorrimento della relativa graduatoria.

#### **Art. 6 - Informazioni -**

Il presente Avviso sarà reso noto mediante pubblicazione all'Albo on line dell'Università e sarà consultabile all'indirizzo <https://www.dimec.unipg.it/>.

Per informazioni inerenti al presente avviso, si prega di contattare l'Ufficio Didattica del Dipartimento di Medicina e Chirurgia (email: [dipartimento.med@unipg.it](mailto:dipartimento.med@unipg.it), tel.: 075.585. 8132/8378/8222).

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**  
 Dott. Giuseppe De Filippis

**IL DIRETTORE**  
**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA**  
 Prof. Vincenzo Nicola Talesa

**Allegato A**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI  
MEDICINA E CHIRURGIADOMANDA DI PARTECIPAZIONE REDATTA  
AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000\*

Il sottoscritto			
Nato a		il	
Codice Fiscale			
Residente in		CAP	
Via		n.	
Telefono		email	
PEC			
Dipendente presso (Ente)			
(Struttura)			
con la qualifica di	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Coordinatore Infermieristico; <input type="checkbox"/> Incarico Organizzativo (ex Posizione organizzativa)		del Ruolo Sanitario
avendo preso visione dell'Avviso pubblicato in data ..... per l'affidamento di n. 36 incarichi di Tutor di Laboratorio professionale e di Istruttori BLS-D riservato al Personale del Ruolo Sanitario per esigenze del Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Perugia			

**CHIEDE**

che per l'A.A. 2023/2024 gli venga affidato l'incarico di **Tutor di Laboratorio professionale I e II** per lo svolgimento di attività laboratoriali di base previste al 1<sup>a</sup> e al 2<sup>a</sup> anno di corso.

- Il sottoscritto dichiara di possedere i seguenti **REQUISITI DI AMMISSIONE** (ex art. 2 dell'Avviso):

- Appartenere al ruolo sanitario del SSR presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria	<input type="checkbox"/> sì
- Appartenere allo specifico profilo professionale di Infermiere (MED/45)	<input type="checkbox"/> sì
- Possedere un'esperienza professionale nello specifico profilo (MED/45) di almeno 5 anni	<input type="checkbox"/> sì
- Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Laurea Triennale in Infermieristica <input type="checkbox"/> Diploma Universitario <input type="checkbox"/> titolo equipollente di cui alla legge 42/99 e successivi decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000
	conseguito nell'anno _____

- Il sottoscritto dichiara di possedere i seguenti **TITOLI oggetto di valutazione** (ex art. 3 dell'Avviso):

1. Titoli di studio		Anno
<i>Inserire un titolo per ogni riga, nel caso aggiungere righe</i>		
Master clinico di I livello	Descrizione _____ Conseguito presso _____	
Master di I livello in coordinamento	Descrizione _____ Conseguito presso _____	
Laurea Magistrale / Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche	Descrizione _____ Conseguita presso _____	

Dottorato di Ricerca (MED/45)	Descrizione _____ Conseguito presso _____	
Master di II livello	Descrizione _____ Conseguito presso _____	
Il sottoscritto dichiara di essere in regola con lo svolgimento dei corsi di formazione obbligatoria di aggiornamento professionale e di formazione permanente (ECM)		<input type="checkbox"/> sì

<b>2. Attività professionale</b> <i>Inserire un'esperienza per ogni riga, nel caso, aggiungere righe; indicare le date nel formato GG/MM/AAAA - Ruolo: I, Infermiere; CI, Coordinatore Infermieristico; IO, Incarico Organizzativo (ex Posizione organizzativa)</i>				
Azienda	Reparto	Ruolo	Dal	Al
		<input type="checkbox"/> I; <input type="checkbox"/> CI; <input type="checkbox"/> IO		
		<input type="checkbox"/> I; <input type="checkbox"/> CI; <input type="checkbox"/> IO		
		<input type="checkbox"/> I; <input type="checkbox"/> CI; <input type="checkbox"/> IO		

<b>3. Attività didattica in ambito universitario</b> <i>Inserire un'esperienza per ogni riga, nel caso, aggiungere righe; indicare le date nel formato GG/MM/AAAA</i> Attività: DL (Didattica Laboratoriale, Simulazione, Role play), DF (Didattica Frontale)				
Università / Corso di Studio / Insegnamento o Modulo	Attività	Dal	Al	N. ore
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			

<b>4. Attività scientifica</b> <i>Inserire pubblicazioni scientifiche attinenti (MED/45) su riviste indicizzate (WOS, Scopus, Cinahl) indicando i seguenti dati: Nome Autori, Titolo dell'articolo, Nome Rivista, Anno</i>				

**\*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il sottoscritto attesta che quanto dichiarato nella presente domanda e nella documentazione allegata alla domanda corrisponde a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del Regolamento europeo sulla Protezione dei dati personali n. 679/2016, e, per quanto residualmente applicabile, del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 come novellato dal D.lgs. 10 agosto 2018 n. 101 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il dichiarante<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> La firma, da apporre per esteso e in forma leggibile, è obbligatoria pena la nullità della dichiarazione.

<sup>2</sup> La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione, salvo che la domanda sia firmata con firma digitale.

**Allegato B**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI  
MEDICINA E CHIRURGIADOMANDA DI PARTECIPAZIONE REDATTA  
AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000\*

Il sottoscritto			
Nato a		il	
Codice Fiscale			
Residente in		CAP	
Via		n.	
Telefono		email	
PEC			
Dipendente presso (Ente)			
(Struttura)			
con la qualifica di	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Coordinatore Infermieristico; <input type="checkbox"/> Incarico Organizzativo (ex Posizione organizzativa)		del Ruolo Sanitario
avendo preso visione dell'Avviso pubblicato in data ..... per l'affidamento di n. 36 incarichi di Tutor di Laboratorio professionale e di Istruttori BLS-D riservato al Personale del Ruolo Sanitario per esigenze del Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Perugia			

**CHIEDE**

che per l'A.A. 2023/2024 gli venga affidato l'incarico di **Tutor di Laboratorio professionale III** per lo svolgimento di attività laboratoriali di macro-simulazione previste al 3<sup>a</sup> anno di corso.

- Il sottoscritto dichiara di possedere i seguenti **REQUISITI DI AMMISSIONE** (ex art. 2 dell'Avviso):

- Appartenere al ruolo sanitario del SSR presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria	<input type="checkbox"/> sì
- Appartenere allo specifico profilo professionale di Infermiere (MED/45)	<input type="checkbox"/> sì
- Possedere un'esperienza professionale nello specifico profilo (MED/45) di almeno 5 anni	<input type="checkbox"/> sì
- Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Laurea Triennale in Infermieristica <input type="checkbox"/> Diploma Universitario <input type="checkbox"/> titolo equipollente di cui alla legge 42/99 e successivi decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000  conseguito nell'anno _____
- Esperienza nella simulazione in sanità (gestione scenari di macro simulazione e paziente simulato, esperienza debriefing strutturato) di almeno 3 anni che si evinca dal curriculum vitae	<input type="checkbox"/> sì

- Il sottoscritto dichiara di possedere i seguenti **TITOLI oggetto di valutazione** (ex art. 3 dell'Avviso):

1. Titoli di studio		Anno
<i>Inserire un titolo per ogni riga, nel caso aggiungere righe</i>		
Master clinico di I livello	Descrizione _____ Conseguito presso _____	
Master di I livello in coordinamento	Descrizione _____ Conseguito presso _____	
Laurea Magistrale / Specialistica in Scienze	Descrizione _____ Conseguita presso _____	

Infermieristiche e Ostetriche		
Dottorato di Ricerca (MED/45)	Descrizione _____ Conseguito presso _____	
Master di II livello	Descrizione _____ Conseguito presso _____	
Il sottoscritto dichiara di essere in regola con lo svolgimento dei corsi di formazione obbligatoria di aggiornamento professionale e di formazione permanente (ECM)		<input type="checkbox"/> sì

<b>2. Attività professionale</b> <i>Inserire un'esperienza per ogni riga, nel caso, aggiungere righe; indicare le date nel formato GG/MM/AAAA - Ruolo: I, Infermiere; CI, Coordinatore Infermieristico; IO, Incarico Organizzativo (ex Posizione organizzativa)</i>				
Azienda	Reparto	Ruolo	Dal	Al
		<input type="checkbox"/> I; <input type="checkbox"/> CI; <input type="checkbox"/> IO		
		<input type="checkbox"/> I; <input type="checkbox"/> CI; <input type="checkbox"/> IO		
		<input type="checkbox"/> I; <input type="checkbox"/> CI; <input type="checkbox"/> IO		

<b>3. Attività didattica in ambito universitario</b> <i>Inserire un'esperienza per ogni riga, nel caso, aggiungere righe; indicare le date nel formato GG/MM/AAAA Attività: DL (Didattica Laboratoriale, Simulazione, Role play), DF (Didattica Frontale)</i>				
Università / Corso di Studio / Insegnamento o Modulo	Attività	Dal	Al	N. ore
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			

<b>4. Attività scientifica</b> <i>Inserire pubblicazioni scientifiche attinenti (MED/45) su riviste indicizzate (WOS, Scopus, Cinahl) indicando i seguenti dati: Nome Autori, Titolo dell'articolo, Nome Rivista, Anno</i>				

**\*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il sottoscritto attesta che quanto dichiarato nella presente domanda e nella documentazione allegata alla domanda corrisponde a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del Regolamento europeo sulla Protezione dei dati personali n. 679/2016, e, per quanto residualmente applicabile, del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 come novellato dal D.lgs. 10 agosto 2018 n. 101 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il dichiarante<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> La firma, da apporre per esteso e in forma leggibile, è obbligatoria pena la nullità della dichiarazione.

<sup>2</sup> La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione, salvo che la domanda sia firmata con firma digitale.

**Allegato C****AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI  
MEDICINA E CHIRURGIA**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE REDATTA  
AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000 \*

Il sottoscritto			
Nato a		il	
Codice Fiscale			
Residente in		CAP	
Via		n.	
Telefono		email	
PEC			
Dipendente presso (Ente)			
(Struttura)			
con la qualifica di	Istruttore BLS-D certificato IRC	del Ruolo Sanitario	
avendo preso visione dell'Avviso pubblicato in data ..... per l'affidamento di n. 36 incarichi di Tutor di Laboratorio professionale e di Istruttori BLS-D riservato al Personale del Ruolo Sanitario per esigenze del Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Perugia			

**CHIEDE**

che per l'A.A. 2023/2024 gli venga affidato l'incarico di **Istruttore BLS-D** per lo svolgimento di corsi BLS-D (*Basic Life Support and Defibrillation*) previsti al 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> anno di corso.

- Il sottoscritto dichiara di possedere i seguenti **REQUISITI DI AMMISSIONE** (ex art. 2 dell'Avviso):

- Appartenere al ruolo sanitario del SSR presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria	<input type="checkbox"/> sì
- Appartenere allo specifico profilo professionale di Infermiere (MED/45)	<input type="checkbox"/> sì
- Possedere un'esperienza professionale nello specifico profilo (MED/45) di almeno 5 anni	<input type="checkbox"/> sì
- Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Laurea Triennale in Infermieristica <input type="checkbox"/> Diploma Universitario <input type="checkbox"/> titolo equipollente di cui alla legge 42/99 e successivi decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000  conseguito nell'anno _____
- Qualifica di Istruttore BLS-D sanitario certificato dalla società scientifica IRC ( <i>Italian Resuscitation Council</i> ). Tale requisito può essere autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000	<input type="checkbox"/> sì

- Il sottoscritto dichiara di possedere i seguenti **TITOLI oggetto di valutazione** (ex art. 3 dell'Avviso):

1. Attività didattica in ambito universitario				
Inserire un'esperienza per ogni riga, nel caso, aggiungere righe; indicare le date nel formato GG/MM/AAAA				
Attività: DL (Didattica Laboratoriale, Simulazione, Role play), DF (Didattica Frontale)				
Università / Corso di Studio / Insegnamento o Modulo	Attività	Dal	Al	N. ore
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			
	<input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> DF			

<b>2. Corsi BLS-D certificati IRC</b> <i>Allegare elenco dei corsi BLS-D effettuati certificati IRC ovvero inserire un corso per ogni riga, nel caso aggiungere righe</i>		Anno
Corso BLS-D	Svolto presso _____	
Corso BLS-D	Svolto presso _____	
Corso BLS-D	Svolto presso _____	
Corso BLS-D	Svolto presso _____	
Corso BLS-D	Svolto presso _____	

**\*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)**

Il sottoscritto attesta che quanto dichiarato nella presente domanda e nella documentazione allegata alla domanda corrisponde a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del Regolamento europeo sulla Protezione dei dati personali n. 679/2016, e, per quanto residualmente applicabile, del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 come novellato dal D.lgs. 10 agosto 2018 n. 101 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il dichiarante<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> La firma, da apporre per esteso e in forma leggibile, è obbligatoria pena la nullità della dichiarazione.

<sup>2</sup> La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione, salvo che la domanda sia firmata con firma digitale.