

RETTIFICA

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
registrazione n. 2028 del 01/09/2023 all'Albo ufficiale di Ateneo

Con riferimento all'Avviso citato, si pubblicano i modelli di domanda di partecipazione "Allegato A", "Allegato B" e "Allegato C" che sostituiscono i precedenti. La scadenza del termine per la presentazione delle domande è prorogata alle ore 13.00 del 21/09/2023.

I candidati che avessero presentato domanda di partecipazione entro il 05/09/2023, data di pubblicazione della presente rettifica, sono invitati ad integrare l'istanza prodotta trasmettendo esclusivamente il nuovo modello, debitamente compilato e sottoscritto secondo le modalità prescritte dall'art. 3 dell'Avviso suindicato, all'indirizzo PEC del Dipartimento dipartimento.med@cert.unipg.it.

I modelli di domanda di cui sopra sono disponibili in formato word sul sito del Dipartimento di Medicina e Chirurgia all'indirizzo <https://dimec.unipg.it/>.

Allegato A**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		<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^ e al 2^ anno di corso.

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

- Appartenere allo specifico profilo professionale di Infermiere (MED/45)	<input type="checkbox"/> sì
- Essere in servizio, alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda, presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria da 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. 2 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

2. Attività professionale <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		

3. Attività didattica in ambito universitario <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			

4. Attività scientifica <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 dichiarante¹

(luogo e data)

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.²

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

² 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 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	<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[^] anno di corso.

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

- Appartenere allo specifico profilo professionale di Infermiere (MED/45)	<input type="checkbox"/> sì
- Essere in servizio, alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda, presso un'Azienda Sanitaria della Regione Umbria da 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 _____
- Certificazione di esperienza nella simulazione in sanità di almeno 3 anni	<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 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

2. Attività professionale <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		

3. Attività didattica in ambito universitario <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			

4. Attività scientifica <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 dichiarante¹

_____ (luogo e data)

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.²

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

² 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.

2. Corsi BLS-D certificati IRC <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 dichiarante¹

(luogo e data)

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.²

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

² 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.