



U.O.D. FORMAZIONE

Al Dirigente Responsabile U.O.D Formazione
ASL Taranto
Sede

TRASMETTERE ESCLUSIVAMENTE VIA E-MAIL A: formazione.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità a svolgere attività di Coordinatore Didattico dell'Area Sanitaria nell'ambito delle attività di cui all'Avviso Pubblico Sperimentale n.5/2016, volto all'acquisizione della qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) da parte degli alunni frequentanti le terze, quarte e quinte classi delle istituzioni scolastiche autonome della Puglia ad indirizzo socio-sanitario.
DELIBERAZIONE D.G. N.1979 DEL 9 AGOSTO 2017.

_ I _ sottoscritt _____ C.F.
nat _ a _____ il _____
e residente in _____
alla Via _____
dipendente a tempo indeterminato della Asl di Taranto
con la qualifica di _____
attualmente in servizio presso _____

DICHIARA

la propria disponibilità a svolgere attività di “ Gestione e Direzione Didattica per l'Area Sanitaria dei Corsi attuati dagli Organismi Formativi accreditati della Regione Puglia, affidatari delle attività in esito alle procedure avviate con l'Avviso Pubblico Sperimentale regionale n.5/2016”.

A tal fine,

DICHIARA DI

possedere i seguenti requisiti che, per quanto previsto dall'art. 9 del Regolamento Regionale n° 28/2007, permettono di ricoprire il ruolo di gestione e direzione didattica dei Corsi per i quali avanza la presente dichiarazione di disponibilità:

- ☐ dipendente della ASL di Taranto
- ☐ Infermiere in possesso del titolo di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

- ☐ Infermiere in possesso di Laurea Specialistica o Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
- ☐ Infermiere con Abilitazione a Funzioni Direttive ed esperienza didattica

DICHIARA INOLTRE DI

possedere i seguenti titoli, descritti successivamente per esteso, con la valutazione in punti a fianco ad ognuno indicata:

	TITOLI DI STUDIO (indicare i titoli posseduti diversi da quelli di ammissione)	A) Valore titolo in punti	B) Numero titoli dichiarati dal candidato	AUTOVALUTAZIONE (moltiplicare A x B)	VALUTAZIONE (a cura della Azienda)
MAX 10 punti in questa sezione	Diploma Laurea ...	4			
	Diploma Universitario di I Livello ...	3			
	Diploma di Specializzazione II Livello...	3			
	Specializzazione/Dottorato di Ricerca...	5			
	Master I Livello...	1			
	Master II Livello...	2			
	Corsi di perfezionamento post laurea...	2			
	ATTIVITA' DI FORMAZIONE (attività degli ultimi 5 anni)				
MAX 50 punti in questa sezione	relatore/docente in Corsi/Eventi/Convegni ECM	4			
	relatore/docente in Corsi/Eventi/Convegni altri accreditamenti	3			
	docente in Corsi in ambito sanitario	2			
	docente in Corsi in ambito NON sanitario	1			
	docente in percorsi universitari ad indirizzo sanitario	3			
	docente in percorsi universitari in ambito NON sanitario	1			
	tutor di attività pratica in Corsi, Eventi, Convegni - Corsi accreditati e non	0,10 al giorno			
	PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE (ultimi 5 anni)				
	pubblicazioni: primo o unico autore (articoli editi su riviste scientifiche)	2			
	pubblicazioni: coautore (articoli editi su riviste scientifiche)	1			
	testi / saggi pubblicati: unico autore	4			
	testi / saggi pubblicati: coautore	2			
N° INCARICHI RICEVUTI COME COORDINATORE SANITARIO CORSI OSS NEGLI ULTIMI 5 ANNI (segnare l'opzione che si dichiara)					
	☐ 5 incarichi	0			
	☐ 4 incarichi	5			
	☐ 3 incarichi	10			
	☐ 2 incarichi	15			
	☐ 1 incarico	20			
	☐ 0 incarichi	25			

ELENCO DEI TITOLI DI STUDIO

[illegible]

ELENCO ATTIVITA' DI FORMAZIONE

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

[illegible]

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

Dichiara infine di poter svolgere l'incarico di Coordinatore Sanitario , prioritariamente nel Corso assegnato presso i seguenti Enti di Formazione:

Preferenza espressa dal dipendente (indicare l'Ente attuatore del Corso)	Preferenza Ente Formatore (a cura dell'UOD Formazione)	ASSEGNAZIONE (a cura dell'UOD Formazione)
1.		
2.		
3.		
4.		

- ☐ Allega, alla presente Dichiarazione di Disponibilità, copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità.

__ I __ scrivente, valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. n.445 del 28/12/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, secondo quanto prescritto dall'art.76 dello stesso decreto, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

_____,' _____

Firma del richiedente
