

Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

E' INDETTO UN AVVISO PER LA SELEZIONE DI N.1 GUIDA DI LABORATORIO CUI AFFIDARE ATTIVITÀ DI LABORATORIO NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA DEL CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

A.A. 2016/2017

In conformità a quanto previsto dal Protocollo d'Intesa tra Università Politecnica delle Marche e Regione Marche del 22 maggio 2007, così come modificato e integrato con atto di intesa del 12 e 18 febbraio 2016, nell'ambito dei Corsi di studio professionalizzanti di area sanitaria è stata individuata la figura della Guida di Laboratorio, cui è affidata lo svolgimento dell'attività formativa professionalizzante prevista dal Decreto MIUR del 19 febbraio 2009, ai sensi del DM n. 270 del 22 ottobre 2004. Tale attività si configura come un'attività didattica professionalizzante del tutto analoga per obiettivi e contenuti al Tirocinio pratico rispetto al quale può essere anticipatoria o di approfondimento tecnico-metodologico.

Considerata l'elevata specificità dell'attività di laboratorio prevista dall'Ordinamento didattico del Corso di Studio, si è reso necessario indire la selezione per n. 1 guida di laboratorio cui affidare attività didattica professionalizzante, come da allegato n.1, parte integrante del presente provvedimento.

Alla selezione potrà partecipare il personale dipendente del Servizio Sanitario Regionale e universitario convenzionato appartenente alla professione propria del Corso, in possesso di un'esperienza professionale almeno quinquennale ed in servizio a tempo indeterminato presso uno degli Enti di cui all'allegato.

Per partecipare alla selezione sarà necessario compilare la domanda di ammissione (modulo n.1), cui dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- curriculum vitae idoneo a comprovare i titoli formativi, professionali e di carriera del candidato, utili ai fini della predisposizione della graduatoria di merito;
- il nulla osta rilasciato dal Direttore dell'Ente presso il quale il dipendente presta servizio (modulo n.2).

Le domande potranno:

- essere spedite, unitamente ad una copia di un valido documento di riconoscimento, tramite raccomandata a.r. alla Ripartizione Sanità (Facoltà di Medicina e Chirurgia Via Tronto, 10 - 60126 Torrette di Ancona);
- essere consegnate a mano e sottoscritte dinnanzi al funzionario addetto presso la Ripartizione Sanità (Polo Didattico Torrette - Facoltà di Medicina e Chirurgia, 5° piano) nei seguenti orari:
 - **mattina** dal lunedì al venerdì dalle ore 11 alle ore 13;
 - **pomeriggio** il mercoledì dalle ore 15 alle ore 17.

In ogni caso le domande dovranno pervenire entro e non oltre il 10 MARZO 2017 (non farà fede la data del timbro postale).

L'incarico verrà conferito a seguito di valutazione curriculare sulla base dei criteri di cui all'allegato n. 1.

L'esame del curriculum allegato alla domanda sarà effettuata da una Commissione di valutazione composta dal Presidente del Corso di Laurea, dal Direttore ADP e da un tutore del corso.

Nel rispetto del principio generale, il quale prevede che non vengano valutati i titoli necessari per l'ammissione alla selezione, verranno valutati i titoli dichiarati nei settori e con le modalità previsti nell'allegato n.1, parte integrante del seguente bando.

Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

Ai soli candidati non in possesso dei titoli richiesti verrà data comunicazione tramite raccomandata A.R. della loro esclusione.

Al termine della selezione saranno redatte le graduatorie che resteranno valide per l'anno accademico 2016/17 per eventuali ulteriori esigenze del Corso e per profili analoghi a quelli richiesti dal bando e che saranno utilizzate nel rispetto della collocazione di merito dei singoli candidati.

L'incarico di guida di laboratorio non è incompatibile con l'eventuale funzione di Guida di Tirocinio e prevede la partecipazione alla valutazione dell'attività di laboratorio Professionale. Lo svolgimento di attività di laboratorio deve essere necessariamente autorizzato dall'ente di appartenenza e viene effettuato, di norma, in orario di servizio. Qualora l'attività venga autorizzata al di fuori dell'orario di servizio, al dipendente titolare dell'incarico di Guida di Laboratorio è riconosciuto un compenso lordo percipiente di 25,82€.

Ancona,



IL PRESIDENTE
del Corso di Laurea Tecniche di radiologia
Medica, per Immagini e Radioterapia
Prof. Andrea Giovagnoni

Facoltà di Medicina e Chirurgia
CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

ALLEGATO N. 1

CARATTERISTICHE DELL'ATTIVITÀ DI LABORATORIO A BANDO

NOME ATTIVITÀ	Post-processing in tomografia computerizzata
NUMERO DI GIUDE DI LABORATORIO	1
ANNO DI CORSO	2°
SEMESTRE	2°
IMPEGNO ORARIO	25 ore

REQUISITI RICHIESTI

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE	Tecnico Sanitario Di Radiologia Medica - TSRM
ENTE DI APPARTENENZA	Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona
REQUISITO SPECIFICO	Almeno 5 anni di esperienza nel settore specifico di "Tomografia Computerizzata"

CRITERI DI VALUTAZIONE

DOCENZA c/o il CdS (corsi di insegnamento e/o corsi monografici)	2/incarico
INCARICO DI GUIDA DI TIROCINIO nello specifico settore operativo del CdS	0,5/incarico
INCARICO DI GUIDA DI LABORATORIO nello specifico settore operativo del CdS	0,5/incarico
PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE inerenti lo specifico settore operativo	1/pubblicazione
ATTIVITÀ LAVORATIVA nello specifico settore operativo (oltre ai 5 anni previsti tra i requisiti di ammissione)	0,5/anno (non saranno conteggiati periodi inferiori ad un anno)

9

Facoltà di Medicina e Chirurgia
CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

MODULO N.1

Al Presidente del Corso di Studio
In Tecniche di Radiologia Medica
Per Immagini e Radioterapia
c/o Ripartizione Sanità
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Via Tronto, 10
60126 Torrette di Ancona

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

_____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____

residente a _____ (CAP _____)

via _____

recapiti telefonici (cellulare _____ Ufficio _____ Abitazione _____)

indirizzo e-mail _____

recapito alternativo a cui inviare le comunicazioni (se diverso dalla residenza)

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per titoli e colloquio per il conferimento dell'incarico di GUIDA DI LABORATORIO per l'attività di Laboratorio _____

(anno di corso _____, semestre _____, impegno orario n. _____ ore) nell'ambito del Corso di Laurea in _____.

A tal fine, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

di essere dipendente, a tempo indeterminato dell'Azienda/Istituto/Ente _____ inserita/o nella rete formativa del Corso;

di appartenere alla professione propria del Corso (_____);

di essere in possesso di un'esperienza almeno quinquennale nell'ambito del settore specifico "Tomografia Computerizzata";

Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

- di essere a conoscenza e di acconsentire che la graduatoria per il conferimento dell'incarico sarà pubblicata nel portale della Facoltà di Medicina e Chirurgia – Università Politecnica delle Marche con i dati anagrafici desunti dalla presente domanda;
- di essere a conoscenza che i dati personali forniti attraverso la domanda verranno trattati - manualmente e/o con mezzi automatizzati - dall'Università Politecnica delle Marche, per consentire lo svolgimento della procedura di selezione ed altre esigenze istituzionali (D.Lgs. n.196/2003)
- di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità e di dichiarare, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto indicato nella presente domanda e nella documentazione allegata corrisponde al vero;
- di essere a conoscenza che, in caso di affidamento dell'incarico, l'Amministrazione ha la facoltà di accertare d'ufficio la veridicità di quanto dichiarato sulla base di quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in tema di controlli.

Il/la sottoscritto/a allega inoltre:

- curriculum vitae idoneo a comprovare i titoli formativi, professionali e di carriera;
- il nulla osta rilasciato dal Direttore dell'Azienda/Istituto/Ente;
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento;

Luogo e data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO AL FUNZIONARIO	<p><i>Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, si dichiara che la sottoscrizione è avvenuta in presenza del funzionario addetto.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Timbro e firma del funzionario addetto</i></p> <p>Ancona lì _____</p>
--	---

Qualora la domanda venga consegnata da persona diversa dall'interessato o spedita, alla stessa dovrà obbligatoriamente essere allegata copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità dell'interessato.

Facoltà di Medicina e Chirurgia
CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

MODULO N.2

NULLA OSTA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____,
Direttore della _____ esprime il suo

NULLA OSTA

Allo svolgimento, da parte del/la Sig./Sig.ra - Dott./Dott.ssa _____
dipendente dell'Azienda/Istituto/Ente da me diretto/a, qualora nominato/a, dell'attività di
laboratorio _____
(anno _____, semestre _____, n. _____ ore) presso il Corso di Laurea in
_____.

Tale attività è autorizzata:

- IN orario di servizio
- FUORI orario di servizio

_____ , _____

(luogo)

(data)

Firma

