

È INDETTO UN AVVISO PER LA SELEZIONE DI N.8 GUIDE DI LABORATORIO CUI AFFIDARE ATTIVITÀ DI LABORATORIO NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - SEDE DI FERMO -  
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. 8 guide di laboratorio cui affidare attività didattica professionalizzante, come da allegato n.1, parte integrante del presente provvedimento.

Per l'accesso alla selezione è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- essere dipendente a tempo indeterminato del Servizio Sanitario Regionale o personale universitario convenzionato
- prestare servizio presso una delle seguenti strutture: Asur, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord o INRCA
- appartenere alla professione propria del Corso (INFERMIERE)
- essere in possesso di un'esperienza professionale almeno quinquennale;
- essere in possesso del requisito specifico del laboratorio per il quale si presenta domanda secondo quanto indicato nell'allegato n. 1

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 21 aprile 2017 alle ore 13.00 (non farà fede la data del timbro postale).

Facoltà di Medicina e Chirurgia  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

L'incarico verrà conferito a seguito di valutazione curriculare sulla base dei criteri di cui all'allegato n. 2.

L'esame del curriculum allegato alla domanda sarà effettuato da una Commissione di valutazione composta dal Presidente del Consiglio di Corso di Studi Interpoli CLI e dai Direttori ADP del Corso di Laurea in Infermieristica sedi di Ancona, Ascoli Piceno, Fermo e Pesaro.

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.2, parte integrante del seguente bando.

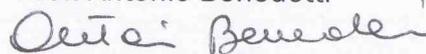
Ai candidati non in possesso dei titoli richiesti verrà data comunicazione tramite mail all'indirizzo indicato nella domanda di partecipazione.

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, propedeutica all'esame di Tirocinio. 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 orario lordo percipiente di 25,82€.

Ancona, 28 marzo 2017

IL PRESIDENTE  
del Consiglio di Corso di Studi Interpoli CLI  
Prof. Antonio Benedetti



**ALLEGATO N. 1**

**Corso di Laurea in Infermieristica – SEDE DI FERMO**

<b>NOME ATTIVITÀ DI LABORATORIO</b>	<b>ANNO DI CORSO</b>	<b>SEMESTRE</b>	<b>NUMERO DI GUIDE</b>	<b>IMPEGNO ORARIO</b>	<b><u>REQUISITO SPECIFICO</u></b>
<b><u>BLSD</u></b>	3°	2°	1	32	Direttore BLSD
			3	24	Istruttore BLSD
<b><u>PBLSD</u></b>	3°	2°	1	32	Direttore BLSD pediatrico
			3	24	Istruttore BLSD pediatrico

Facoltà di Medicina e Chirurgia  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

**ALLEGATO N. 2 – CRITERI DI VALUTAZIONE**

**MED/45 - Guida di Laboratorio \_Infermiere**

ESPERIENZA DIDATTICA		MAX PUNTI 45	Note per la compilazione della scheda
<b>DOCENZA NELL'AMBITO DI CORSI UNIVERSITARI</b> Sono valutati gli incarichi conferiti nell'ambito di D.U., corsi di laurea – triennale e specialistica – e Master universitari	2/incarico	Fino a max 20 punti	Per ciascun incarico di docenza ricoperto indicare, in allegato: - l'Università/Ente presso la quale è stata tenuta la docenza - la denominazione del corso di studio e dell'insegnamento - l'anno accademico di riferimento - le ore affidate
<b>DOCENZA IN CORSI MONOGRAFICI UNIVERSITARI</b> (per docenze di almeno 10 ore/ <b>corso</b> )	1/incarico		
<b>DOCENZA IN ALTRI CORSI</b> relativa al profilo professionale proprio del corso di laurea in Infermieristica e OSS (minimo 10 ore/ <b>corso</b> )	0,5/incarico Fino Max 5 punti		
<b>TESI</b> o RELATORE o CORRELATORE	0,2/tesi 0,1/tesi	Fino a max 2 punti	Per ogni tesi seguita indicare, in allegato: - l' Università - il Corso di Laurea - il titolo della tesi - l'anno accademico di riferimento
<b>GUIDA DI TIROCINIO</b> (esclusivamente nell'ambito di corsi universitari)	0,25/anno	Fino a max 10 punti	Indicare, in allegato, il corso per il quale si è stati nominati Guida e l'anno accademico
<b>GUIDA DI LABORATORIO/TUTOR</b> (esclusivamente nell'ambito di corsi universitari)	1/ anno	Fino a max 13 punti	Indicare, in allegato, il corso per il quale si è stati nominati Guida e l'anno accademico
<b>RILEVANZA SCIENTIFICA</b> (Allegare frontespizio della rivista/ periodico e la prima pagina della pubblicazione)		MAX PUNTI 20	
<b>Lavori su riviste INDICIZZATE</b>	3/pubblicazione	Fino a max 20 punti	allegare il frontespizio della rivista/periodico e la 1^ pagina della pubblicazione
<b>Lavori su riviste NON INDICIZZATE</b>	2/pubblicazione		
<b>Poster e abstract in atti di convegni internazionali e nazionali</b>	1/pubblicazione		
<b>Relatori a invito in eventi scientifici con ECM</b>	0,25/evento		
<b>Partecipazione a ricerche scientifiche</b>	0,25/anno		
<b>FORMAZIONE ACQUISITA E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE</b>		MAX PUNTI 20	
<b>FORMAZIONE ACQUISITA</b> o MASTER II livello (attinenti alla propria professione) o DOTTORATO nel SSD MED/45	3/titolo	Fino a max 20 punti	Indicare, in allegato, per ogni altro titolo diverso da quello necessario per l'accesso: - diploma/titolo - anno accademico e data/luogo di conseguimento - votazione
o MASTER I livello, DAI, DDSI, IID (attinenti alla propria professione)	1/titolo		
o ALTRI TITOLI UNIVERSITARI (attinenti alla propria professione)	2/titolo		
<b>AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE NELLA MATERIA OGGETTO DEL LABORATORIO</b>	1/Corso		Riportare il numero degli eventi a cui si è partecipato ed <u>allegare</u> l'elenco dettagliato riportante: - la denominazione dell'evento - gli eventuali CFU/punteggio/titolo di idoneità professionale attribuiti - luogo ed anno di conseguimento
<b>ESPERIENZA PROFESSIONALE</b> (Il valore è rapportato al servizio svolto fino alla data di scadenza del bando presso strutture pubbliche/private)		MAX PUNTI 15	
<b>ANNI DI ATTIVITÀ</b> (oltre i 5 anni richiesti per la partecipazione alla selezione)	1/anno di servizio	Fino a max 15 punti	Indicare giorno, mese e anno di presa in servizio (con la qualifica propria del corso per cui si presenta domanda), la struttura e la sede
		MAX PUNTI 100	TOTALE PUNTEGGIO _____

MODULO N.1

Al Presidente del Consiglio di  
Corso di Studi Interpoli CLI  
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 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 INFERMIERISTICA sede di Fermo.

A tal fine, il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

- di essere dipendente a tempo indeterminato del Servizio Sanitario Regionale, in servizio presso l'Azienda/Istituto/Ente \_\_\_\_\_;
- di appartenere alla professione propria del Corso (INFERMIERE)
- di essere in possesso di un'esperienza professionale almeno quinquennale;
- di essere in possesso del requisito specifico ( \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ )  
richiesto per il laboratorio per il quale si presenta domanda;

Facoltà di Medicina e Chirurgia  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

- 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  
ADDETTO

*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.*

*Timbro e firma del funzionario addetto*

*Ancona li \_\_\_\_\_*

*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.*

MODULO N.2

**NULLA OSTA**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_,  
Direttore della Struttura \_\_\_\_\_ 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 Infermieristica  
sede di \_\_\_\_\_.

Tale attività è autorizzata:

- IN orario di servizio
- FUORI orario di servizio

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (Data)

Firma

\_\_\_\_\_