Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

È INDETTO UN AVVISO PER LA SELEZIONE DI N.1 GUIDA DI LABORATORIO CUI AFFIDARE ATIIVITÀ DI LABORATORIO NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE
A.A. 2017/2018

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 metodologico e di strumenti applicativi.
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.

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;
- di prestare servizio presso una delle seguenti strutture: Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona, ASUR, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, I.N.R.C.A. Sede di Ancona;
- appartenere alla professione propria del SSD MED/47 in cui è inserita l'attività di laboratorio (OSTETRICA);
- 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)
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

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 le ore 13.00 del giorno **2 ottobre 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. 2.
L'esame del curriculum allegato alla domanda sarà effettuata da una Commissione di valutazione composta dal Presidente del Corso di Laurea Magistrale, dal Direttore ADP e da un Docente Universitario 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.2, parte integrante del seguente bando.

Ai soli candidati non in possesso dei titoli richiesti verrà data comunicazione tramite email della loro esclusione.
Al termine della selezione saranno redatte le graduatorie che resteranno valide per l'anno accademico 2017/18 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, 25-8-2017

IL PRESIDENTE
del Corso di Laurea Magistrale in Scienze
Infermieristiche ed ostetriche
Prof. Andrea Ciavattini

ALLEGATO N. 1

NOME ATTIVITÀ DI LABORATORIO	NUMERO DI GUIDE	ANNO DI CORSO	SEMESTRE	IMPEGNO ORARIO	REQUISITO SPECIFICO
DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE: direzione ostetrica e strumenti della Clinical Governance	1	2°	2°	10	Laurea Magistrale e esperienza Professionale nel ruolo di dirigente o in subordine, in Coordinamento

Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

ALLEGATO N. 2 – CRITERI DI VALUTAZIONE

MED/47 – Professione Ostetrica Guida di Laboratorio

ESPERIENZA DIDATTICA	[MAX PUNTI 39]		Note per la compilazione della scheda
DOCENZA NELL'AMBITO DI CORSI UNIVERSITARI Sono valutati gli incarichi conferiti nell'ambito di corsi di laurea – triennale e specialistica – e master	2/incarico	Fino a max 25 punti	*Per ciascun incarico di docenza ricoperto indicare:* *- 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*
DOCENZA IN CORSI MONOGRAFICI UNIVERSITARI	0,20/incarico	Fino a max 2 punti	
DOCENZA IN ALTRI CORSI	0,10/incarico	Fino a max 2 punti	
TESI o RELATORE o CORRELATORE	0,2/tesi 0,1/tesi	Fino a max 3 punti	*Per ogni tesi seguita indicare:* *- l' Università* *- il Corso di Laurea* *- il titolo della tesi* *- l'anno accademico di riferimento*
TUTORATO (esclusivamente nell'ambito di corsi universitari) o A TEMPO PIENO (I periodi di tutorato superiori a 6 mesi verranno equiparati ad un anno) o TEMPO PARZIALE	1/anno 0,5/a.a.	Fino a max 5 punti	*Indicare:* *- il corso per il quale si è stati nominati Tutori;* *- la decorrenza della nomina (gg-mm-aa)*
GUIDA DI TIROCINIO (esclusivamente nell'ambito di corsi universitari)	0,25/anno accademico	Fino a max 2 punti	*Indicare il corso per il quale si è stati nominati Guida e l'anno accademico*
GUIDA DI LABORATORIO (esclusivamente nell'ambito di corsi universitari con ordinamento didattico 2011/12)	0,40/anno accademico		
RILEVANZA SCIENTIFICA	[MAX PUNTI 18]		
LAVORI SU RIVISTE/PUBBLICAZIONI INTERNAZIONALI	2/pubblicazione	Fino a max 6 punti	*Elencare dettagliatamente le pubblicazioni, lavori, etc...*
LAVORI SU RIVISTE/PUBBLICAZIONI NAZIONALI/ AZIENDALI	0,5/pubblicazione	Fino a max 6 punti	
RELATORE/MODERATORE A CONVEGNI	0,5/relazione	Fino a max 3 punti	
PARTECIPAZIONE A RICERCHE SCIENTIFICHE	0,5/ricerca	Fino a max 3 punti	
FORMAZIONE ACQUISITA E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE Non viene valutato il titolo necessario per l'accesso (laurea specialistica/magistrale)*	[MAX PUNTI 33]		
FORMAZIONE ACQUISITA o MASTER (attinenti alla propria professione) o ALTRI TITOLI (universitari attinenti alla propria professione)	4/titolo 2/titolo	Fino a max 28 punti	*Indicare nei curriculum, per ogni altro titolo diverso da quello necessario per l'accesso:* *- diploma/titolo* *- anno accademico e data/luogo di conseguimento* *- votazione*
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE (Relativo agli ultimi 5 anni) - EVENTI ACCREDITATI ECM	0,1/Credito	Fino a max 5 punti	*Riportare il numero degli eventi a cui si è partecipato ed allegare un elenco dettagliato riportante:* *- la denominazione dell'evento* *- gli eventuali CFU/punteggio/titolo di idoneità professionale attribuiti* *- luogo ed anno di conseguimento*
ESPERIENZA PROFESSIONALE periodi di attività e/o coordinamento superiori a 6 mesi verranno equiparati ad un anno	[MAX PUNTI 10]		
- ANNI DI ATTIVITÀ	0,5/anno di servizio	Fino a max 10 punti	*Indicare giorno, mese e anno di presa in servizio (con la qualifica propria del SSD MED/47 - Ostetrica), la struttura e la sede*
- COORDINAMENTO ASSISTENZIALE	0,20/anno di coord		*Indicare giorno, mese e anno di decorrenza dell'attribuzione del coordinamento assistenziale*
		MAX PUNTI 100	TOTALE PUNTEGGIO

Data e Firma _____

RIC. N. _____

Facoltà di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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 "DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE: direzione ostetrica e strumenti della Clinical Governance" (anno di corso 2°, semestre 2°, impegno orario n. 10 ore) nell'ambito del Corso di Di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche Ed Ostetriche.

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 (OSTETRICA)

☐ 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;

☐ 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 lì*_____

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 per l'attività di Laboratorio "DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE: direzione ostetrica e strumenti della Clinical Governance" (anno di corso 2°, semestre 2°, impegno orario n. 10 ore) per l'a.a. 2017/2018, nell'ambito del Corso di Di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche Ed Ostetriche.

Tale attività è autorizzata:

- ☐ IN orario di servizio
- ☐ FUORI orario di servizio

_____, _____
(luogo) (Data)

Firma

_____