

Manifestazione di interesse alla selezione interna per l'assegnazione di n. 3 borse di studio per il Master di I° livello in "GESTIONE INFERMIERISTICA DELL'EMERGENZA NEL TERRITORIO" anno accademico 2016/2017

L'Università "la Sapienza" Facoltà di Medicina e Odontoiatria in collaborazione con L'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria del Lazio (ARES 118), ha attivato per l'anno accademico 2016/2017 il Master universitario di I° livello "GESTIONE INFERMIERISTICA DELL'EMERGENZA NEL TERRITORIO".

In accordo con L'Università sono state destinate **n° 3 borse** di studio per gli infermieri dipendenti ARES 118.

In riferimento alle finalità, all'organizzazione delle attività formative e ai requisiti di ammissione specifici del Master (punto 1-2-3-4) si rimanda al bando dell'Università disponibile sul sito <http://www.uniroma1.it/didattica/master/2015/gestione-infermieristica-dell%E2%80%99emergenza-nel-territorio-0>

Requisiti generali e criteri di selezione

Per l'ammissione alla selezione è prescritto il possesso dei seguenti requisiti:

- c) status di dipendente, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- d) operatività su i mezzi di soccorso h 24, senza limitazioni;
- e) non aver subito condanne penali e non avere procedimenti penali in corso;
- f) non avere procedimenti disciplinari in corso e non essere stato destinatario di sanzioni disciplinari irrogate nel biennio precedente.

Modalità e termini di presentazione delle domande.

Le domande di partecipazione alla selezione (All. 1) dovranno essere consegnate a mano al protocollo generale dell'ARES 118, Via Portuense n°240 entro e non oltre le ore 12,00 del **07/12/2016**. I partecipanti dovranno riportare sulla busta la seguente dicitura: **UOD Formazione e Ricerca - Manifestazione di interesse alla selezione interna per l'assegnazione di n. 3 borse di studio per il Master di I° livello in "GESTIONE INFERMIERISTICA DELL'EMERGENZA NEL TERRITORIO" anno accademico 2016/2017**

I candidati dovranno allegare i seguenti documenti:

- curriculum formativo e professionale (formato europeo), sottoscritto;
- copia di un documento di identità valido;
- domanda di manifestazione di interesse firmata (All.1).

Procedura e criteri di valutazione

Le manifestazioni di interesse saranno valutate dal Responsabile della UOD Formazione e Ricerca e dal Responsabile del Servizio Infermieristico che effettueranno l'accertamento della sussistenza dei requisiti generali di ammissione e stilerà la graduatoria di merito sulla base del curriculum formativo e professionale inviato.

Spett.le
UOD formazione e Ricerca ARES 118

Oggetto: Manifestazione di interesse alla selezione interna per l'assegnazione di n. 3 borse di studio per il Master di I° livello in "GESTIONE INFERMIERISTICA DELL'EMERGENZA NEL TERRITORIO" anno accademico 2016/2017

La/ il sottoscritta/o **Cod. fisc.** **dipendente a tempo a tempo indeterminato, dell'Azienda** **inquadrata/o nel profilo di** **Categoria** **sede lavorativa**.....
UOC di appartenenza.....

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE a partecipare alla selezione per l'assegnazione borsa di studio per Master di I° livello in "GESTIONE INFERMIERISTICA DELL'EMERGENZA NEL TERRITORIO" anno accademico 2016/2017

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R., dichiara:

- a) di essere nata/o a(luogo e provincia);
il (giorno - mese - anno);
b) di essere residente a.....(luogo e indirizzo esatto);
c) status di dipendente, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
d) operatività su i mezzi di soccorso h 24, senza limitazioni
e) non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
f) non avere procedimenti disciplinari in corso e di non essere stato destinatario di sanzioni disciplinari irrogate nel biennio precedente.

Allego:

- curriculum formativo e professionale (formato europeo), sottoscritto;
- copia di un documento di identità valido.

La/il sottoscritta/o chiede che ogni comunicazione relativa alla selezione le/gli venga fatta al seguente indirizzo:

Via _____ Cap _____ Città _____

E-Mail _____ Tel _____ Cell _____

La/il sottoscritta/o autorizza il trattamento dei dati per la presente procedura, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.196/2003 Codice della Privacy.

Data,

Firma