

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II**  
**SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**BANDO DI SELEZIONE PER L’AFFIDAMENTO DI INCARICHI DIDATTICI NEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE PER IL TRIENNIO ACCADEMICO 2023-2024/2024-2025/2025-2026**

IL PRESIDENTE DELLA  
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA  
UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II

- Visto il Protocollo d’Intesa stipulato tra la Regione Campania e l’Università degli Studi di Napoli Federico II - per la formazione di laureandi dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie -, recante numero di Repertorio 12 del 30/03/2023, ed in particolare gli artt. 4 e 5 che hanno stabilito le modalità di affidamento dei corsi d’insegnamento che tra l’altro possono avere durata triennale, e l’art. 11 che ha stabilito che le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sedi dell’attività decentrata di formazione, assicurano la necessaria copertura finanziaria per il funzionamento complessivo dei Corsi di Laurea attivati presso le proprie sedi, nonché i costi del personale universitario e non universitario;
- visto, in particolare, l’art. 5 del citato Protocollo, il quale prevede che nelle sedi delle Aziende Ospedaliere o IRCSS o altre strutture del SSN la titolarità dei corsi d’insegnamento previsti dall’ordinamento universitario sia affidata, di norma, a personale del ruolo sanitario dipendente delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti;
- tenuto conto che nella seduta dell’11 luglio 2023 il Consiglio della Scuola di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Napoli Federico II ha approvato, per il triennio accademico 2023-2024/2024-2025/2025-2026, l’indizione di avviso di selezione per l’affidamento degli incarichi didattici nell’ambito dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie nelle sedi decentrate;

INDICE

avviso di selezione, rivolto esclusivamente al personale interno all’ASL/ Azienda Ospedaliera/IRCCS, in possesso dei requisiti per l’affidamento di incarichi didattici nelle discipline dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, indicati nel prospetto allegato al presente avviso (Allegato A), per il triennio accademico 2023-2026.

A tal fine, gli aspiranti agli incarichi didattici dovranno presentare domanda di partecipazione utilizzando l’apposito modulo (allegati da B1 a B8), debitamente redatto in ogni sua parte. Non saranno prese in considerazione, con conseguente esclusione dalla valutazione comparativa, le domande carenti delle informazioni dettagliate richieste nel modulo di domanda. Si ricorda a tale proposito che ai fini della valutazione comparativa la Commissione terrà conto esclusivamente di quanto dichiarato nella suddetta domanda. Non saranno prese in considerazione altre allegate documentazioni cartacee o informatiche, ovvero il rinvio a documentazione allegata a precedenti domande o presente presso la sede di servizio del candidato.

Ciascun candidato potrà presentare un massimo di 3 domande; eventuali ulteriori domande presentate, identificate in base al numero di protocollo crescente, verranno escluse dalla valutazione comparativa.

Ogni candidato dovrà produrre una singola domanda per ogni incarico didattico richiesto: saranno escluse dalla valutazione comparativa domande di affidamento di più incarichi, o dalle quali non sia possibile identificare con certezza l’insegnamento richiesto.

Ad ogni candidato selezionato verrà assegnato un solo incarico didattico all’interno di un Corso Integrato, più un eventuale insegnamento di Laboratorio Professionalizzante o di Laboratorio Caratterizzante il Settore Scientifico Disciplinare o di eventuale ADE (Attività Didattica Elettiva) o

seminari. Un numero superiore di incarichi potrà essere assegnato solo in caso di carenza di copertura di una disciplina per la quale il candidato ha presentato domanda.

In caso di candidati utilmente collocati in graduatoria in più di un insegnamento, la Commissione effettua insindacabilmente la proposta di attribuzione al candidato di un solo insegnamento. Non è consentito al candidato di esercitare alcun tipo di opzione.

Tutte le istanze presentate dai candidati - riportate in un apposito elenco e corredate da nulla-osta del Direttore Generale di ASL/AO/IRCCS di appartenenza - saranno trasmesse a cura degli enti predetti all'Area Didattica della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II (via Pansini, 5 - edificio 21 – Napoli), entro 10 giorni dalla scadenza del bando.

Una apposita Commissione per la valutazione comparativa delle istanze, istituita dal Consiglio della Scuola di Medicina e Chirurgia, procederà alla valutazione comparativa dei curricula ed alla formulazione dell'elenco degli idonei. Il Presidente della Scuola, ai soli fini giuridici, provvederà alla nomina dei docenti per il triennio accademico 2023-2026, su proposta della suddetta Commissione di valutazione e a seguito di approvazione della Commissione di Coordinamento Didattico del Corso di Laurea e del Consiglio di Scuola.

La suddetta Commissione opererà la valutazione comparativa dei curricula, tenendo conto dei seguenti criteri:

- 1) la congruenza del titolo di studio e dell'attività esercitata con la disciplina per la quale è presentata la domanda di insegnamento;
- 2) l'eventuale pregressa esperienza didattica universitaria;
- 3) i titoli scientifici che documentano l'attività di ricerca svolta.

Gli aspiranti devono dichiarare, nella domanda, la disponibilità a svolgere l'incarico secondo le esigenze organizzative del Polo Didattico.

I docenti si impegneranno a garantire gli obiettivi formativi previsti dall'Ordinamento Didattico dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, nonché ad assicurare l'applicazione delle norme di disciplina previste dal Regolamento del Polo Didattico.

Si fa presente che le domande pervenute fuori termine, ovvero fatte pervenire ad ufficio diverso, non verranno prese in considerazione.

L'esito della selezione sarà reso noto attraverso la pubblicazione sul sito del Polo Didattico ed avrà valore di notifica ufficiale.

L'eventuale compenso sarà determinato e corrisposto dall'AO/ASL/IRCCS.

**L'istanza di partecipazione alla selezione, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, dovrà essere consegnata presso Ufficio Protocollo Via Teresa Ravaschieri ,8– Napoli dalle ore 9.00 alle ore 12.00 dal lunedì al venerdì oppure all'indirizzo PEC [santobonopausilipon@pec.it](mailto:santobonopausilipon@pec.it) indicando nell'oggetto OBBLIGATORIAMENTE Cognome e Nome e allegando tutti i documenti in un unico file entro il 31 gennaio 2024**

Napoli, 22-01- 2024

Firmato IL PRESIDENTE AD INTERIM DELLA  
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II  
PROF. Francesco Beguinot

**Corso di Laurea Infermieristica Pediatrica**

| <b>N. Rif.</b> | <b>Corso di laurea Triennale <sup>(LT)</sup></b> | <b>Sede Periferica</b>        | <b>Corso Integrato</b>      | <b>Insegnamento</b>  | <b>S.S.D.</b> | <b>Anno</b> | <b>Sem</b> | <b>Ore</b> | <b>CFU</b> | <b>Richiesta docenti-tutor</b> | <b>Requisiti richiesti</b>  |
|----------------|--|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------|-------------|------------|------------|------------|--------------------------------|---|
| 25             | Infermieristica Pediatrica (LT)                  | A.O.R.N. Santobono-Pausilipon | Medicina Clinica Chirurgica | Chirurgia Pediatrica | MED/20        | 2           | I          | 15         | 1          | 1                              | Laurea Medicina e Chirurgia<br>Specializzazione in Chirurgia Pediatrica |

# ALLEGATO B1

AL PRESIDENTE DELLA SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

OGGETTO: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II - DOMANDA DI AFFIDAMENTO INCARICO DIDATTICO  
TRIENNIO ACCADEMICO 2023-2024/2024-2025/2025-2026

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Dipendente ASL/AO/IRCCS \_\_\_\_\_

a tempo indeterminato  a tempo determinato

In servizio presso :

Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_  Dipartimento \_\_\_\_\_

Distretto \_\_\_\_\_  Funzione Centrale/Servizio \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di partecipare alla procedura per l'affidamento del seguente incarico didattico (riportare i dati così come indicati negli elenchi allegati all'avviso)**

**N. Rif (I colonna allegato A) \_\_\_\_\_ sp**

**Corso di Laurea in**

**Sede Didattica di**

**Corso Integrato**

**Disciplina**

**SSD**

**Anno** \_\_\_\_\_ **Semestre** \_\_\_\_\_

**Continuità didattica nello stesso Corso Integrato ?**    **Si**     **No**

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

## ALLEGATO B2

| CURRICULUM STUDI   |                      |
|--|----------------------|
| TITOLO DI STUDIO ED ANNO DI CONSEGUIMENTO  |                      |
| <input type="checkbox"/> LAUREA VECCHIO ORDINAMENTO SPECIALISTICA O<br>MAGISTRALE IN |                      |
|  | CON<br>VOTAZION<br>E |
| CONSEGUITA NEL   | PRESSO               |
| <input type="checkbox"/> LAUREA TRIENNALE IN   |                      |
|  | CON<br>VOTAZION<br>E |
| CONSEGUITA NEL   | PRESSO               |
| <input type="checkbox"/> ALTRA LAUREA  |                      |
| <input type="checkbox"/> SPECIALIZZAZIONE IN   |                      |
| CONSEGUITA NEL   | DURATA ANNI          |
| <input type="checkbox"/> SPECIALIZZAZIONE IN   |                      |
| CONSEGUITA NEL   | DURATA ANNI          |
| DOTTORATO IN   |                      |
| CONSEGUITO NEL   | DURATA ANNI          |
|  |                      |
| <input type="checkbox"/> DIPLOMA DI DIRIGENTE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA        |                      |
| CONSEGUITO NEL   | PRESSO               |
| <input type="checkbox"/> MASTER DI II LIVELLO IN                                     |                      |

|   |         |
|---|---------|
| CONSEGUITO NEL                                      | PRESSO  |
| DURATA ANNI   |         |
| <input type="checkbox"/> MASTER DI I LIVELLO/AFD IN |         |
| CONSEGUITO NEL                                      | PRESSO  |
| DURATA ANNI   |         |
| <input type="checkbox"/> QUALIFICA PROFESSIONALE IN |         |
| CONSEGUITA NEL                                      | PRESSO  |
| CON VOTAZIONE                                       |         |
| <input type="checkbox"/> ALTRI TITOLI<br>ATTINENTI  |         |
| ANNO<br>ALBO  | ISCRIZ. |

**ALLEGATO B3**

| <b>ESPERIENZE DIDATTICHE</b>                        |
|---|
| INSEGNAMENTO CORSO NON UNIVERSITARIO_ ENTI PUBBLICI |

| DISCIPLINA<br>INSEGNATA | ORE | ISTITUZIONE<br>SANITARIA | SEDE | A<br>N<br>N<br>O |
|-------------------------|-----|--------------------------|------|------------------|
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |



## ALLEGATO B4

INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO STESSO SETTORE

| DISCIPLINA<br>INSEGNATA | CFU | ISTITUZIONE<br>SANITARIA | SEDE | A<br>N<br>N<br>O |
|-------------------------|-----|--------------------------|------|------------------|
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |
|                         |     |                          |      |                  |



|  |
|--|
| ATTIVITA' DI TUTOR IN TIROCINIO TECNICO PRATICO<br>NEI CORSI DI LAUREA |
|--|

| ISTITUZIONE SANITARIA | SEDE | REPARTO | ANNO |
|-----------------------|------|---------|------|
|                       |      |         |      |
|                       |      |         |      |
|                       |      |         |      |
|                       |      |         |      |
|                       |      |         |      |
|                       |      |         |      |



**ALLEGATO B8****ATTIVITA' LAVORATIVA**

| TITOLO                               | UNITA' OPERATIVA | A<br>N<br>N<br>I |
|--------------------------------------|------------------|------------------|
| DIRETTORE U.O.C.                     |                  |                  |
| RESPONSABILE U.O.C. facente funzioni |                  |                  |
| ALTRA QUALIFICA                      |                  |                  |
| COORDINATORE                         |                  |                  |
| <b>COORDINATORE facente funzioni</b> |                  |                  |
| COLLABORATORE SANITARIO              |                  |                  |

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere l'incarico secondo le esigenze organizzative del Polo Didattico, a garantire gli obiettivi formativi, secondo quanto previsto dall'Ordinamento Didattico dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, nonché a garantire l'applicazione delle norme di disciplina previste dal Regolamento del Polo Didattico.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D. Lgs. 196/2003, autorizza l'ASL/AO/IRCCS di cui è dipendente e l'Università degli Studi di Napoli Federico II al trattamento dei propri dati personali, al fine degli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa.

Il/La sottoscritto/a dichiara che la presente istanza ed i relativi allegati sono stati redatti ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28.12.2000 e dichiara, sotto la propria responsabilità di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Si allega documento di identità.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_