

FORMAT

Domanda albo sezione A interni

AL DIRETTORE GENERALE

Di ASUFC

TRASMESSA A MEZZO PEC

asufc@certsanita.fvg.it

Oggetto: Domanda di partecipazione **Avviso pubblico per la formazione di un albo docenti, interni ed esterni, finalizzato al conferimento di incarichi di docenza da svolgere nell'ambito del Corso di formazione in infezioni ospedaliere M6C2, Sub-investimento 2.2 (b) del PNRR.**

Il/La sottoscritto/a_nato/a a _____ il _____,
residente a _____ Prov. (____) Via
_____ n. _____,
C.F. _____

Dichiara di essere dipendente dell'Azienda ASUFC in qualità di
_____ e di aver preso visione dell'avviso

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A

All'Albo docenti interni (sezione A) per l'attribuzione **di incarichi di docenza da svolgere nell'ambito del Corso di formazione in infezioni ospedaliere M6C2, Sub-investimento 2.2 (b) del PNRR**

A tal fine, ai sensi delle disposizioni in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni di cui agli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità, dichiara di essere in possesso dei requisiti obbligatori di ammissione di seguito indicati nel bando quali:

1. essere in possesso del diploma di laurea (vecchio ordinamento), diploma di laurea triennale/magistrale/specialistica o diploma equipollente in

- _____ conseguito presso _____
 _____ in data _____;
2. di prestare servizio in qualità di _____ con contratto _____ (inserire la tipologia di contratto, a tempo indeterminato) presso ASUFC;
3. di essere in possesso di comprovata competenza in una o più delle aree tematiche in cui si articola il Corso di formazione in infezioni ospedaliere come di seguito riportato:
- a) esperienza lavorativa/professionale

Ente / Azienda (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede)	Dal	Al	Qualifica/Profilo professionale	Competenze acquisite (in breve)

- b) esperienza didattica;

Percorsi Universitari:

- Titolo del Corso _____
- Ente Organizzatore _____
a.a. / a.s. _____ oppure ore _____

Attività di docenza c/o Aziende del SSN:

- Titolo del Corso _____
- Ente Organizzatore (indicare esatta denominazione, indirizzo e sede):

- Data di svolgimento: dal _____ al _____ ore docenza n. ____

(N.B. Schema da riprodurre per ogni partecipazione ad attività di docenza)

Esprime a tal fine la propria candidatura per le seguenti Aree tematiche (*indicare l'Area o le Aree in cui si ritiene di poter effettuare docenza ed eventualmente specificare laddove richiesto*):

- Epidemiologia delle infezioni ospedaliere
- Resistenze agli antimicrobici
- Antisepsi e disinfezione, pulizia e disinfezione dei dispositivi medici, sterilizzazione, sanificazione ambientale, smaltimento dei rifiuti potenzialmente infettanti
- Sorveglianza epidemiologica come metodologia alla base della prevenzione, sistemi di sorveglianza, gestione statistica dei processi correlati alle infezioni,

analisi e strumenti di feedback e di interpretazione dei dati. Individuazione precoce degli *outbreak*. Screening dei microrganismi *multidrug-resistant* (MDR)/sentinella

- Precauzioni standard: igiene delle mani, DPI, etc. Precauzioni aggiuntive da contatto, *droplet* e via aerea
- Strategie da adottare per prevenire specificatamente le infezioni ospedaliere associate a: catetere vascolare, catetere vescicale, intubazione, pratiche chirurgiche, approcci basati su *care bundle*
- Vaccinazioni dell'operatore sanitario
- Programma locale di contrasto alle ICA: aspetti organizzativi ed elaborazione di indicatori di struttura e di processo per la prevenzione e controllo delle infezioni
- Contenzioso medico-legale e ICA.

Dichiara inoltre:

- di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari;
- di non essersi reso responsabile di gravi violazioni dei doveri deontologici accertati con qualsiasi mezzo di prova;
- di essere/non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi, disciplinari iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;
- di essere/non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere/non essere decaduto/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione;
- di essere in possesso della documentazione attestante quanto autocertificato nella domanda;
- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nell'avviso;
- di essere consapevole che, in caso di dichiarazione mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ed essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamati dal D.P.R. 445/2000 e dall'art. 496 del C.P., oltre alla decadenza dai benefici;
- conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere;
- di non trovarsi in situazione di conflitto di interesse con l'Azienda ASUFC;
- di dare il proprio assenso affinché i dati personali forniti possono essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 e dell'art. 13 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (GDPR 2016/679), per gli adempimenti connessi alla presente procedura;
- di essere consapevole che l'inserimento nell'Albo non comporta alcun obbligo da parte dell'Azienda di conferire, a qualsivoglia titolo incarichi, al/la sottoscritto/a;
- di essere a conoscenza che, in caso di conferimento dell'incarico, si dovrà sottoscrivere idonea dichiarazione sull'insussistenza delle cause di conflitto in interesse, anche potenziale, rispetto all'evento per il quale è conferita la docenza.

Allega alla presente domanda:

- Curriculum Vitae in formato europeo;
- Fotocopia fronte retro di un documento d'identità o di riconoscimento in corso di validità.

Data, _____ Firma _____