



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

## DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

Prot. del \*

\* n. e data della registrazione di protocollo sono riportati nei metadati del sistema di protocollo informatico Titulus

**Bando interno n° 03P/2022/DSC scadenza 12/08/2022 ore 12**

### AVVISO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ

#### **BANDO INTERNO PER L'INDIVIDUAZIONE DI N. 1 UNITA' TRA IL PERSONALE DIPENDENTE DELL'ATENEO PER ATTIVITA' PROFESSIONALE** Il Dipartimento di

Scienze Chirurgiche ha necessità di far eseguire le seguenti attività per la realizzazione del progetto "**Progetto e (ri)valutazione DSA**" **Resp. Prof. Roberto Albera.**

L'incarico consisterà nella presa in carico degli studenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) del primo anno al fine di garantire loro le tutele, alle quali hanno diritto, sul piano didattico, secondo la legge 170 del 2010 e le successive normative regionali.

Nello specifico l'incarico consisterà nella rivalutazione del profilo diagnostico di quegli studenti che presentano all'Ufficio DSA certificazioni che risultano non più valide in quanto rilasciate da più di tre anni al momento dell'immatricolazione e di controllo delle certificazioni di DSA per poter usufruire degli strumenti compensativi e misure dispensative come per la normativa vigente. A seguito di tale rivalutazione gli studenti potranno richiedere la certificazione da parte del SSN.

A tale scopo l'incarico verrà svolto in stretta collaborazione con detto ufficio e con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino.

Il personale a tempo **indeterminato**, interessato a svolgere l'attività di cui sopra, in orario di servizio e senza compensi aggiuntivi, potrà manifestare la propria disponibilità utilizzando il modulo allegato.

La durata dell'incarico è pari a **mesi 6**. La sede di riferimento per lo svolgimento dell'incarico è il Dipartimento di Scienze Chirurgiche – Via Genova 3 - Torino

In nessun caso è consentita l'attribuzione di mansioni superiori.

Requisiti di ammissione e conoscenze richieste:

- 1) Laurea in Logopedia (classe L/SNT2 Scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione) di cui DM 270/04 ovvero Laurea magistrale in Psicologia (Classe LM-51) di cui DM 270/04 Lauree o Lauree Specialistiche ai sensi del D.M. 509/99 e Diplomi di Laurea (Vecchio Ordinamento) previgenti al D.M. 509/99, equiparati alle predette lauree ai sensi di legge ovvero di titolo equipollente conseguito presso Università straniere.
- 2) Iscrizione all'albo professionale;
- 3) Formazione nell'ambito dei disturbi specifici dell'apprendimento e, nello specifico, dei DSA



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

## DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

- 4) Attività clinica pluriennale documentata nell'ambito della diagnosi e trattamento dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento
- 5) Verrà inoltre valutata eventuale attività di ricerca e attività professionale svolta presso l'Università e/o presso il SSN riferita ai disturbi dell'apprendimento nell'adolescente e nell'adulto

Alla domanda dovranno essere allegati:

1. curriculum vitae datato e firmato, da cui si evinca in modo preciso il possesso dei requisiti richiesti (titoli culturali ed esperienze professionali);
2. nulla osta della struttura di appartenenza.
3. copia fotostatica di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

La valutazione di idoneità dell'incarico sarà basata sul curriculum e sui titoli posseduti  
La domanda di partecipazione in formato .pdf dovrà pervenire al Dipartimento di Scienze Chirurgiche inderogabilmente entro il **giorno 12/08/2022 alle ore 12** mediante una delle seguenti modalità:

- tramite posta elettronica inviata dal proprio indirizzo personale di Unito (nome.cognome@unito.it) al seguente indirizzo **partecipazionebandi.medtorino@unito.it**, allegando la documentazione richiesta insieme ad una copia del documento di riconoscimento in corso di validità;  
ovvero

- tramite posta elettronica certificata - PEC personale – purché l'autore sia identificato ai sensi dell'art.65 del D.Lgs 7/03/2005 n.82 “Codice dell'amministrazione digitale” al seguente indirizzo: **dsc@pec.unito.it**, allegando la documentazione richiesta insieme ad una copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Non saranno ammessi i candidati le cui domande pervengano, per qualsiasi motivo, successivamente al suddetto termine.

La Commissione, composta da tre esperti nel settore di ricerca oggetto della selezione, è nominata dal Direttore del Dipartimento. In presenza di candidati, i componenti della Commissione, la data e le modalità del colloquio saranno resi noti dopo la scadenza del termine della presentazione delle domande mediante pubblicazione sul sito del Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
L'esito della selezione, in presenza di domande di partecipazione, sarà pubblicato sul sito web del Dipartimento di Scienze Chirurgiche

Se nessun candidato sarà giudicato idoneo, ovvero in assenza di domande di partecipazione da parte del personale interno, sarà avviata apposita selezione esterna, previa verifica della necessaria disponibilità finanziaria.

Il presente bando, con i relativi moduli, viene pubblicato sul sito web della struttura per un periodo non inferiore a sette giorni e diffuso tramite *Flash News*.

Prof. Roberto Albera  
Direttore del Dipartimento di Scienze  
Chirurgiche

Il presente documento è sottoscritto con Firma Digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 82/2005



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

## DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

Oggetto: - Manifestazione di interesse allo svolgimento dell'attività di collaborazione  
“ **Progetto e (ri)valutazione DSA** ” del quale è Responsabile Scientifico il Prof. Roberto Albera

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ (matr. \_\_\_\_\_),  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_  
(tel. \_\_\_\_\_) E-mail \_\_\_\_\_ )  
inquadrate/o nella cat. \_\_\_\_\_ area \_\_\_\_\_

### DICHIARA

A) di essere disponibile a prestare l'attività descritta nel bando ...../20.../D del  
..... durante l'orario di servizio e senza compensi aggiuntivi.

B) di essere in possesso del seguente Titolo di Studio:

\_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ con la votazione di \_/\_\_\_ in data

\_\_\_\_\_

C) di svolgere la seguente attività lavorativa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D) di aver dettagliato nel curriculum vitae allegato al presente modulo la durata, la tipologia, la natura dell'esperienza professionale richiesta nel bando di selezione nonché ogni altro elemento comprovante le capacità a svolgere le attività oggetto dell'incarico.

Allego nulla osta della struttura di appartenenza.

Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni: Telefono n \_\_\_\_\_ e Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto D.Lgs. 196/2003 e ai sensi del Regolamento UE 2016/679 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data,

Firma \_\_\_\_\_



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

## DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità DICHIARA sotto la sua personale responsabilità che tutto quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale in proprio possesso, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

(NULLA OSTA DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA)

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_  
RESPONSABILE DEL \_\_\_\_\_ (STRUTTURA DI  
APPARTENENZA DEL DIPENDENTE) AUTORIZZA L'ASSEGNAZIONE TEMPORANEA  
DEL DOTT. / SIG. \_\_\_\_\_ PER \_\_\_\_\_ (PERIODO)  
PRESSO \_\_\_\_\_, SENZA ULTERIORE RICHIESTA  
DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO

\_\_\_\_\_



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

## DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DI CERTIFICAZIONE AI SENSI  
DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445 E s.m.i.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

consapevole che, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e consapevole che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione dai pubblici uffici;

DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti titoli:

Che le fotocopie dei titoli allegati alla domanda, di seguito elencati, sono conformi all'originale: