



**Avviso manifestazione di interesse per cambio di sede da Tricase a Lecce**

**Posti riservati esclusivamente agli studenti iscritti al I anno del CdS Infermieristica**

**dell'Università del Salento nell'a.a. 2023/24**

Il **corso di studio in Infermieristica**, attivato dall'Università del Salento nell'a.a. 2023/24, è presente su due sedi: il Polo Didattico dell'Azienda Ospedaliera Pia Fondazione di Culto e Religione "Panico", di Tricase (Le) ed il Polo Didattico del Presidio Ospedaliero Vito Fazzi di Lecce.

L'assegnazione della sede è effettuata in ragione della posizione in graduatoria dei candidati, delle opzioni da loro esercitate e di quelle espresse dai candidati che li precedono.

Conclusa la fase di reclutamento per l'a.a. 2023-2024 e garantito il contingente di posti, per ciascuna sede pari a 100, come definito nel DM 1225 dell'11/9/2023, si intende consentire agli studenti con particolari esigenze personali/familiari, il cambio di sede della frequenza delle attività formative in base ad uno scambio paritetico.

Il cambio di sede sarà ammesso nella misura in cui il numero degli studenti in ciascuna sede rimanga invariato.

Ad oggi risulta la disponibilità di **due posti presso la sede di Lecce** da coprire mediante cambio di sede interno, quindi da Tricase a Lecce, esclusivamente per gli studenti iscritti al I anno del CdS Infermieristica dell'Università del Salento nell'a.a. 2023/24.

Le condizioni previste per il cambio di sede sono le seguenti:

- I cambi di sede sono ammessi solo al primo anno di corso e a condizione che il numero degli studenti in ciascuna sede rimanga invariato rispetto a quello assegnato dal MUR;
- Le richieste pervenute saranno esaminate e accettate solo se risultano rispettati i presupposti relativi allo scambio paritetico dei posti tra Tricase e Lecce e tenuto conto dei requisiti di seguito riportati.

**1. Condizioni e requisiti per richiedere il cambio della sede didattica**

Possono presentare istanza di cambio di sede gli studenti per i quali, a causa di esigenze personali o familiari, risulti particolarmente disagiata seguire le attività formative presso la sede assegnata di Tricase.

Nello specifico, sono considerati criteri prioritari, in ordine decrescente, le seguenti motivazioni:

- a) essere portatori di handicap grave ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992;
- b) essere in possesso di certificato di invalidità civile uguale o superiore al 66%;
- c) essere prossimi al periodo di congedo di maternità e/o- avere esigenze di cura di figli minori di anni 14. In questo ultimo caso, con priorità alla minore età del figlio più piccolo;
- d) avere l'esigenza di prestare assistenza a figli, genitori, fratello/sorella, coniuge, convivente unito civilmente, in situazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992;



e) distanza dal luogo di residenza rispetto alla sede di frequenza delle lezioni del Polo Didattico di Tricase (Le), con priorità per la maggiore distanza dichiarata dal candidato;

f) altre documentate esigenze di natura professionale o familiare.

In caso di parità verrà data la precedenza al candidato/candidata che ha conseguito il punteggio più alto nella graduatoria di merito per l'ammissione al CdS in infermieristica a.a. 2023-2024 approvata con D.R. n. 812 del 21/09/2023.

## 2. Criteri di priorità nella valutazione delle domande ed esiti finali

Le domande pervenute saranno valutate dall'Ufficio del Settore medicina e chirurgia che utilizzerà i criteri di priorità previsti all'art.1 del presente Avviso. Sarà stilata una graduatoria finale, approvata con atto della Presidente del Consiglio Didattico di Medicina e Chirurgia e pubblica entro il **30 novembre 2023** sulla pagina web: <https://www.unisalento.it/web/disteba/didattica/infermieristica>

Si evidenzia che, nella valutazione delle candidature, sarà preso in considerazione soltanto **uno dei requisiti** di cui all'art. 1 del presente Avviso, in base alla priorità dell'ordine decrescente in precedenza riportato.

Nel caso in cui il/la candidato/a dichiarerà di essere in possesso di più requisiti sarà preso in considerazione **soltanto il requisito con la priorità più alta.**

L'amministrazione si riserva di chiedere ai candidati che risulteranno vincitori la documentazione probante le dichiarazioni presentate.

L'amministrazione qualora venissero meno i presupposti relativi allo scambio paritetico, si riserva la facoltà di non procedere al cambio di sede, dichiarando nullo il presente avviso.

Il trasferimento sarà autorizzato dalla Presidente del Consiglio Didattico di competenza e trasmesso agli Uffici delle Segreterie Studenti..

## 3. Modalità e termini di presentazione della domanda

La domanda per il cambio di sede (All.1) dovrà essere indirizzata alla Presidente del Consiglio Didattico di Medicina e Chirurgia. La domanda, completa della documentazione sopra dettagliata, dovrà essere trasmessa in formato PDF al seguente indirizzo [protocollo.medicina@unisalento.it](mailto:protocollo.medicina@unisalento.it) e pervenire entro le ore **12.00 del giorno 27 novembre 2023.**

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute dopo il termine di presentazione e quelle non corredate della documentazione richiesta.

## 4. Trattamento dei dati personali

I dati personali contenuti nella domanda di partecipazione saranno trattati per le finalità di gestione della presente procedura e in applicazione delle disposizioni normative vigenti in materia di trattamento dei dati personali. I dati saranno trattati – dai soggetti autorizzati al trattamento – con strumenti manuali, informatici e telematici nell'ambito e in ragione delle finalità sopra specificate, nel rispetto delle misure di sicurezza adottate dall'Università e in conformità alle disposizioni previste dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati, nonché dei decreti legislativi di adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del predetto Regolamento. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Università del Salento, con sede legale in Piazzetta Tancredi n.7, CAP 73100 - Lecce.



**UNIVERSITÀ  
DEL SALENTO**

#### **5. Disposizioni finali e transitorie**

Per quanto non previsto dal presente avviso valgono le norme di legge e regolamentari vigenti in materia.

Il presente avviso sarà reso pubblico sulla pagina web del CdS Infermieristica:  
<https://www.unisalento.it/web/disteba/didattica/infermieristica>

La Presidente del Consiglio Didattico Medicina e Chirurgia  
Prof.ssa Luisa Siculella



Alla Presidente del Consiglio didattico  
Prof.ssa Luisa Siculella  
Università del Salento  
SEDE

Oggetto: Domanda di cambio sede, da Tricase a Lecce, studenti iscritti al I anno del CdS Infermieristica a.a. 2023-2024

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ immatricolato per l'a.a. 2023/2024 al Corso di Laurea in \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ presso codesta Università, essendo a conoscenza del testo integrale dell'avviso di cambio sede

#### CHIEDE

il passaggio dalla sede di ..... alla sede di ....., essendo in possesso del requisito: \_\_\_\_\_

(A / B / C / D / E / F , indicare un solo requisito tra quelli ricompresi nell'art. n. 1 dell'AVVISO di manifestazione di interesse per cambio di sede da Tricase a Lecce).

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso DPR. n. 445/2000**

#### DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti

- a) essere portatori di handicap grave ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992  
Certificato/verbale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_;
- b) essere in possesso di certificato di invalidità uguale o superiore al 66%  
Certificato n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_;
- c) essere prossimi al periodo di congedo di maternità e/o- avere esigenze di cura di figli minori di anni 14. In questo ultimo caso, con priorità alla minore età del figlio più piccolo;



Dichiara di essere prossima al congedo per maternità \_\_\_\_\_;(mese di gravidanza)

Dichiara di avere figli minori di 14 anni (indicare i dati del minore)

Cognome \_\_\_\_\_, Nome \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_;

d) avere l'esigenza di prestare assistenza a figli, genitori, coniuge, fratello/sorella, convivente unito civilmente, in situazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992;  
Certificato n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_;

e) distanza dal luogo di residenza alla sede di frequenza delle lezioni c/o il Polo Didattico di Tricase (Le);  
Dichiara di essere residente presso il Comune di: \_\_\_\_\_  
distanza KM \_\_\_\_\_ dalla sede di Tricase  
Indicare il numero di KM

f) altre documentate esigenze di natura personale professionale o familiare.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole che tale cambio di sede sarà irrevocabile.

**Allega alla presente**

**Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;**

Con la sottoscrizione della presente domanda la/il candidata/o accetta che il proprio nominativo venga pubblicato nei termini e strettamente per le finalità organizzative e di svolgimento della procedura concorsuale specificate nel bando di selezione.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati anche con strumenti informatici, ai sensi del Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196, nonché del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali sulla protezione dei dati (UE 679/2016), per gli adempimenti connessi con la procedura concorsuale.

Luogo e data,

Firma

\_\_\_\_\_