

COGNOME:	NOME:	DATA DI NASCITA:	LUOGO NASCITA:	PROV. NASCITA
----------	-------	------------------	----------------	---------------

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA':

TITOLO DI ACCESSO AL CORSO (INDICARE, BARRANDO L'APPOSITA CASELLA, UN SOLO DIPLOMA PER L'ACCESSO AL CORSO)						Punti
- IL TITOLO DI SEGUITO SARA' PRESO IN CONSIDERAZIONE SE: → AUTOCERTIFICATO (MOD A/3 PER LAUREA O DU; MOD A/37 PER TITOLO PROFESSIONALE ABILITANTE) SE CONSEGUITO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI; → IN ORIGINALE O IN FOTOCOPIA AUTENTICATA (MOD B/4) SE CONSEGUITO PRESSO PRIVATI NON GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.						
Diploma di laurea triennale abilitante	Infermiere	Ostetrica/o	Infermiere Pediatrico	Nome e sede Università	Conseguito nell'anno:	7
Diploma universitario abilitante	Infermiere	Ostetrica/o	Infermiere Pediatrico	Nome e sede Università	Conseguito nell'anno:	6
Titolo professionale abilitante equipollente ai sensi della legge 42/99	Infermiere Professionale	Ostetrica/o	Vigilatrice d'Infanzia	Scuola, sede, indirizzo	Conseguito nell'anno:	5
LAUREANDO Diploma di laurea triennale abilitante	Infermiere	Ostetrica/o	Infermiere Pediatrico	Nome e sede Università	Conseguimento del titolo previsto in data: _____ 2016	7 (sotto condizione)
- TUTTI I TITOLI DI SEGUITO ELENCATI SARANNO VALUTATI SOLO SE COSI' DOCUMENTATI: → AUTOCERTIFICATI (MOD A/3) SE CONSEGUITI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI; → IN ORIGINALE O IN FOTOCOPIA AUTENTICATA (MOD B/4) SE CONSEGUITI PRESSO PRIVATI NON GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI. Non saranno presi in considerazione titoli non ancora conseguiti.						
TITOLI PROFESSIONALI						Punti
Scuola Diretta a fini speciali (D.A.I., I.I.D., D.D.S.I.) di cui al DPR 162/82	Conseguito presso:				Anno	5
ALTRI TITOLI di durata non inferiore a 6 mesi - max 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di 2 punti						Punti
ALTRA LAUREA o laurea magistrale, MASTER, PERFEZIONAMENTO, SPECIALIZZAZIONI, TITOLI PROFESSIONALI ETC.						
TITOLO:	Conseguito presso:				Anno	0,5
TITOLO:	Conseguito presso:				Anno	0,5
TITOLO:	Conseguito presso:				Anno	0,5
TITOLO:	Conseguito presso:				Anno	0,5
- L'ATTIVITA' PROFESSIONALE DOVRA' ESSERE DOCUMENTATA CON: → AUTOCERTIFICAZIONE (MOD. A/37) SE SVOLTA PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI; → STATO DI SERVIZIO IN ORIGINALE O CON FOTOCOPIA AUTENTICATA CON IL MOD B/4 SE SVOLTA PRESSO PRIVATI NON GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.						
ATTIVITA' PROFESSIONALE CON FUNZIONE APICALE (maturata al 10/08/2016)- max 1 punto per anno o frazione superiore a 6 mesi fino ad un massimo di 4 punti					Mesi Totali	Punti
Direttore Infermieristico - ai sensi della legge 10/08/2000 - n° 251	da mesi (calcolati al 10/08/2016) →		presso			
Capo Servizi Sanitari oppure incarico di referente assistenziale di dipartimento con posizione organizzativa o equivalente	da mesi (calcolati al 10/08/2016) →		presso			
Direttore Didattico	da mesi (calcolati al 10/08/2016) →		presso			
Incarico di Direttore/Coordinatore del CL in Infermieristica o in Ostetricia	da mesi (calcolati al 10/08/2016) →		presso			
ATTIVITA' PROFESSIONALE (N.B. → calcolare l'anzianità maturata fino alla data del 10/08/2016) - max 0,50 punto per anno o frazione superiore a 6 mesi fino ad un massimo di 2 punti					Mesi Totali	Punti
Infermiere; Caposala; Coordinatore Infermieristico	Infermiere Pediatrico Vigilatrice Infanzia	Ostetrica; Ostetrica Coordinatore				
MESI di attività (calcolati al 10/08/2016):	MESI di attività (calcolati al 10/08/2016):	MESI di attività (calcolati al 10/08/2016):				

Data: ____/____/2017

Firma leggibile del dichiarante _____

Totale generale (riservato alla segreteria)