

Scheda riassuntiva - Allegato 1		IO SOTTOSCRITTA/O , consapevole che l'indicazione di dati non veritieri o difformi dalla realtà comporta l'esclusione dalla graduatoria finale o la decadenza dall'iscrizione nonché le eventuali conseguenze penali previste dal D.P.R. 445/2000.			
COGNOME:	NOME:	DATA DI NASCITA:	LUOGO NASCITA:	PROV. NASCITA	
<u>DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA':</u>					
TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI					
IL TITOLO DI ACCESSO AL CORSO dovrà essere documentato tramite autocertificazione .					
Diploma di laurea triennale abilitante	Infermiere <input type="checkbox"/>	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/>	Nome e sede Università	Conseguito nell'anno:
Diploma universitario abilitante	Infermiere <input type="checkbox"/>	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/>	Nome e sede Università	Conseguito nell'anno:
Titolo professionale abilitante equipollente ai sensi della legge 42/99 e <i>diploma quinquennale di scuola media superiore</i>	Infermiere Professionale <input type="checkbox"/>	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/>	Scuola, sede, indirizzo	Conseguito nell'anno:
LAUREANDO Diploma di laurea triennale abilitante	Infermiere <input type="checkbox"/>	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/>	Nome e sede Università	Conseguimento del titolo previsto in data: _____ 2024 (sotto condizione)
ALTRI TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI di durata non inferiore a 6 mesi - fino a punti 1 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 3 (ALTRA LAUREA o LAUREA MAGISTRALE, MASTER universitari di 1° o 2° livello, etc.). Ciascun titolo dovrà essere documentato tramite autocertificazione . Non saranno presi in considerazione titoli non ancora conseguiti fino alla data del 29/08/2024.					
TITOLO:	Conseguito presso:			Anno	
TITOLO:	Conseguito presso:			Anno	
TITOLO:	Conseguito presso:			Anno	
TITOLO:	Conseguito presso:			Anno	
TITOLO:	Conseguito presso:			Anno	
Data ____/____/2024 firma leggibile del dichiarante _____					
PAG. 1					

ALTRI TITOLI						
Ogni altro titolo dovrà essere documentato tramite autocertificazione						
ATTIVITA' PROFESSIONALE NELL'ESERCIZIO DI UNA DELLE PROFESSIONI SANITARIE ricomprese nella classe di Laurea magistrale di interesse presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione (N.B. → calcolare l'anzianità maturata fino alla data del 29/08/2024). Max 0,50 punto per anno o frazione superiore a 6 mesi fino ad un massimo di punti 4.						
Infermiere <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico Vigilatrice Infanzia <input type="checkbox"/>	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	MESI + giorni di attività calcolati al 29/08/2024	Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> (Se part-time specificare percentuale _____%)	mesi _____ giorni _____	
ATTIVITA' PROFESSIONALE NELLA FUNZIONE DI COORDINAMENTO O NELLA FUNZIONE SPECIALISTICA formalmente riconosciuta in una delle Professioni Sanitarie ricomprese nella classe di Laurea magistrale d'interesse, presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN (N.B. → calcolare l'anzianità maturata fino alla data del 29/08/2024). Punti 1 per ciascun anno o frazione superiore ai 6 mesi sino ad un massimo di punti 5						
Incarico di funzione	Incarico di organizzazione (es. coordinamento di U.O.)	mesi e giorni calcolati fino al 29/08/2024 →	mesi: _____ giorni: _____	Presso		
	Incarico professionale (es. funzione specialistica)	mesi e giorni calcolati fino al 29/08/2024 →	mesi: _____ giorni: _____	Presso		
ATTIVITA' DI DOCENZA E TUTORAGGIO PRESSO CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE - Docenti e Tutor delle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie. Punti 0,50 per ciascun incarico/anno fino ad un massimo di punti 5						
Incarico: Docenza <input type="checkbox"/> ufficiale <input type="checkbox"/> integrativa		titolo dell'insegnamento/ tot. anni →	_____ / _____ anni	CdL in _____ Università di _____		
Incarico: Docenza <input type="checkbox"/> ufficiale <input type="checkbox"/> integrativa		titolo dell'insegnamento/ tot. anni →	_____ / _____ anni	CdL in _____ Università di _____		
Incarico: Docenza <input type="checkbox"/> ufficiale <input type="checkbox"/> integrativa		titolo dell'insegnamento/ tot. anni →	_____ / _____ anni	CdL in _____ Università di _____		
Incarico: Docenza <input type="checkbox"/> ufficiale <input type="checkbox"/> integrativa		titolo dell'insegnamento/ tot. anni →	_____ / _____ anni	CdL in _____ Università di _____		
Incarico: Tutor didattico delle discipline professionalizzanti MED/45-50	CdL in _____ Università di _____	anni di attività →	_____ anni	<input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time al _____ %		
Incarico: Guida di tirocinio (tutor clinico) delle discipline professionalizzanti MED/45-50	CdL in _____ Università di _____	anni di attività →	_____ anni	n° _____ ore complessive per anno di affiancamento agli studenti in ambito clinico		
ATTIVITA' DI RICERCA documentata in pubblicazioni scientifiche - fino a un massimo di punti 3						
TITOLO:		citazione completa				
TITOLO:		citazione completa				
TITOLO:		citazione completa				
TITOLO:		citazione completa				
Data ____/____/2024 firma leggibile del dichiarante _____						
PAG. 2						