

Scheda riassuntiva - **Allegato 1** **IO SOTTOSCRITTO**, 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:
----------	-------	------------------	----------------	----------------

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA':

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 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: _____ 2022 (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.). I titoli di seguito dovranno essere documentati tramite **autocertificazione**. Non saranno presi in considerazione titoli non ancora conseguiti.

TITOLO:	Conseguito presso:	Anno	
TITOLO:	Conseguito presso:	Anno	
TITOLO:	Conseguito presso:	Anno	
TITOLO:	Conseguito presso:	Anno	
TITOLO:	Conseguito presso:	Anno	

Data ____/____/2022 firma leggibile del dichiarante _____

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 20/06/2022).
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 20/06/2022	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 20/06/2022).
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 20/06/2022 →	mesi: _____ giorni: _____	Presso	
	Incarico professionale (es. funzione specialistica)	mesi e giorni calcolati fino al 20/06/2022 →	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 delle discipline professionalizzanti MED/45-50,	CdL in _____ Università di _____	anni di attività →	_____ anni

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 ____/____/2022 firma leggibile del dichiarante _____