

COGNOME:	NOME:	DATA DI NASCITA:	LUOGO NASCITA:	PROV. NASCITA		
<i>DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA':</i>						
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 SOLO SE DOCUMENTATO TRAMITE AUTOCERTIFICAZIONE						
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	Infermiere Pediatrico	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: _____2021	7 (sotto condizione)
- TUTTI I TITOLI DI SEGUITO ELENCATI SARANNO VALUTATI SOLO SE DOCUMENTATI TRAMITE AUTOCERTIFICAZIONE Non saranno presi in considerazione titoli non ancora conseguiti.						
ALTRI TITOLI						
Scuola Diretta a fini speciali (D.A.I., I.I.D., D.D.S.I.) di cui al DPR 162/82	Conseguito presso:			Anno		
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.)						
TITOLO:	Conseguito presso:			Anno		
TITOLO:	Conseguito presso:			Anno		
TITOLO:	Conseguito presso:			Anno		
TITOLO:	Conseguito presso:			Anno		
ATTIVITA' DI RICERCA DOCUMENTATA IN PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE - fino a un massimo di punti 3						
TITOLO:	cit.completa					
TITOLO:	cit.completa					
TITOLO:	cit.completa					
TITOLO:	cit.completa					
Data ____/____/2021 firma leggibile del dichiarante _____ PAG. 1						

- L'ATTIVITA' PROFESSIONALE DOVRA' ESSERE DOCUMENTATA TRAMITE AUTOCERTIFICAZIONE

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 (maturata al 31/08/2021) - punti 1 per ciascun anno o frazione superiore ai 6 mesi sino ad un massimo di punti 5.

Direttore Infermieristico/Ostetrica/o - in analogia alla legge 10/08/2000 - n° 251	da mesi/gg (calcolati al 31/08/2021) →	mesi: _____ giorni: _____	Presso		
Capo Servizi Sanitari oppure incarico di referente assistenziale di dipartimento con posizione organizzativa o equivalente	da mesi/gg (calcolati al 31/08/2021) →	mesi: _____ giorni: _____	Presso		
Direttore Didattico	da mesi/gg (calcolati al 31/08/2021) →	mesi: _____ giorni: _____	Presso		
Incarico di Direttore/Coordinatore del CL/CDLM in Infermieristica o in Ostetricia	da mesi/gg (calcolati al 31/08/2021) →	mesi: _____ giorni: _____	Presso		

ATTIVITA' PROFESSIONALE attività professionale nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di Laurea Magistrale di interesse, idoneamente documentate e certificate, 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 31/08/2021 - max 0,50 punto per anno o frazione superiore a 6 mesi fino ad un massimo di punti 4).

Infermiere	Infermiere Pediatrico Vigilatrice Infanzia	Ostetrica/o	MESI + giorni di attività calcolati al 31/08/2021	mesi: _____ giorni: _____		
------------	---	-------------	--	---------------------------	--	--

**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

Data ____/____/2021 firma leggibile del dichiarante _____ PAG. 2