**Master Universitario di primo livello in**

**MANAGEMENT PER FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**POLO DI BOLZANO A.A. 2019/2020**

**CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM**

**(Allegare alla domanda di iscrizione online e compilare a computer)**

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il/La sottoscritto/a**  |  |  |
| (Cognome e nome)  |  | [ ]  **M** [ ]  **F**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nato/a a** |  | **Prov.** | **il** |
|  |  |  |  |
| **Nazionalità e cittadinanza** |  |
|  |  |  |  |
| **Residente in via**  |  **Città Prov.** |

In riferimento alla richiesta di iscrizione alMaster econsapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci - art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**D I C H I A R A**

[ ] **Di essere in possesso del Diploma di Laurea in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo  |  Università  |
| Data  |  Punteggio finale  |

[ ] **Di essere in possesso del titolo universitario Post-laurea (Laurea Specialistica/ Magistrale, Master, Corso di perfezionamento…)**

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo  |  Università  |
| Data  |  Punteggio finale  |

[ ] **Di essere in possesso del Diploma delle professioni sanitarie EQUIPOLLENTE ai fini dell’accesso alla formazione universitaria post-base**

|  |
| --- |
| Diploma di Conseguito presso  |
| Data Punteggio finale  |

[ ] **Di essere in possesso del Diploma di Scuola Media Superiore (Maturità quinquennale)**

|  |
| --- |
| Diploma di Scuola  |
| Data Punteggio finale  |

[ ] **Di essere in possesso del titolo di qualificazione/specializzazione**

|  |
| --- |
| Titolo di Conseguito presso  |
| Data Punteggio finale  |

[ ]  **Di aver frequentato corsi di aggiornamento maturando il numero/anno di crediti ECM**

|  |  |
| --- | --- |
| **2015** |  |
| **2016** |  |
| **2017** |  |
| **2018** |  |
| **2019** |  |

**Specificare solo i corsi accreditati ECM più importanti in termini di crediti acquisiti (*non allegare certificati di frequenza o riepiloghi crediti non verranno presi in considerazione)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |

[ ]  **Docenza universitaria svolta in Corsi di Laurea/ Master (dal 2015 ad oggi i 5 più rilevanti)**

|  |
| --- |
| 1. **Titolo dell’insegnamento**
 |
| Università Anno Accademico  |
| Corso Totale ore incarico CFU  |
| 1. **Titolo dell’insegnamento**
 |
| Università Anno Accademico  |
| Corso Totale ore incarico CFU  |
| 1. **Titolo dell’insegnamento**
 |
| Università Anno Accademico  |
| Corso Totale ore incarico CFU  |

|  |
| --- |
| 1. **Titolo dell’insegnamento**
 |
| Università Anno Accademico  |
| Corso Totale ore incarico CFU  |

|  |
| --- |
| 1. **Titolo dell’insegnamento**
 |
| Università Anno Accademico  |
| Corso Totale ore incarico CFU  |

[ ]  **Docenza svolta in altri corsi di formazione o relatore a congressi/ convegni (dal 2015 ad oggi)**

|  |
| --- |
| 1. **Titolo del corso/convegno (sottolineare tipologia)**
 |
| Committente Anno di svolgimento  |
| Destinatari Totale ore incarico |

|  |
| --- |
| 1. **Titolo del corso/convegno**
 |
| Committente Anno di svolgimento  |
| Destinatari Totale ore incarico |

|  |
| --- |
| 1. **Titolo del corso/convegno**
 |
| Committente Anno di svolgimento  |
| Destinatari Totale ore incarico |

[ ]  **Attività formalmente attribuite di collaborazione al tutorato degli studenti in tirocinio (es. guida di tirocinio, supervisore. …) e/o nell’inserimento di neo-assunti (dal 2015 ad oggi)**

|  |
| --- |
| **Indicare periodo e descrivere attività svolta (se tutorato studenti specificare tipologia di corso, numero di settimane/ anno, UO/ servizio)** |

[ ]  **Partecipazione a Comitati/gruppi di progetto attinenti all’ambito professionale (dal 2015 ad oggi)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  **Membro di Comitati:** Comitato etico (pratica clinica, Sperimentazioni Cliniche), Controllo delle infezioni, Ospedale senza dolore, Buon uso del sangue, Sicurezza e emergenze, Garanzia e pari opportunità, altro

|  |
| --- |
| Specificare dal al  |

[ ]  **Gruppo di progetto/di miglioramento**

|  |
| --- |
| Specificare tema e luogo  |
| Ruolo  |

 |

[ ]  **Funzioni di coordinamento FORMALMENTE ATTRIBUITE (no brevi sostituzioni)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Unità operativa /Servizio periodo dal al  |

Azienda/ Ente …………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| Funzioni formalmente attribuite da  |

 |

[ ]  **Altre funzioni clinico/organizzative FORMALMENTE ATTRIBUITE** es:Case manager, responsabile di percorso, referente rischio clinico, gestione magazzino (farmaci, dispositivi medici, presidi)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Unità operativa /Servizio periodo dal al  |

Azienda/ Ente …………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| Funzione svolta  |
| Formalmente attribuita da  |

 |

[ ]  **Pubblicazioni (citare le 2 ritenute più rilevanti)**

|  |
| --- |
| Titolo  |
| Autori/Coautori |
| Rivista | Anno di pubblicazione  |

|  |
| --- |
| Titolo  |
| Autori/Coautori |
| Rivista | Anno di pubblicazione  |

[ ]  **Livello di lettura e comprensione materiale scientifico in lingua inglese**

[ ]  Insufficiente

[ ]  Sufficiente

[ ]  Discreto

[ ]  Buono

[ ]  Ottimo

[ ]  **Sono in possesso di una certificazione di conoscenza della lingua inglese: livello**

**del Quadro Comune Europeo di riferimento (CEFR)**

|  |
| --- |
| Rilasciata da …………………………………………………………………………………………………… |

[ ]  **Dichiara di esercitare** **attualmente la professione sanitaria di**

|  |
| --- |
| Ente/struttura di appartenenza  |
| Indirizzo  |
| UO/Servizio  |
| dal  |

[ ]  **Di aver precedentemente svolto attività professionale con la qualifica di**

*Elencare solo le esperienze più significative:*

|  |
| --- |
| Ente/struttura di appartenenza UO/Servizio |
| dal al  |

|  |
| --- |
| Ente/struttura di appartenenza UO/Servizio |
| dal al  |

**Il sottoscritto infine**

* Si impegna a produrre, su richiesta, ogni documento attestante quanto indicato nella presente dichiarazione
* Dichiara di essere a conoscenza che eventuali dichiarazioni non veritiere comporteranno l’esclusione dal Master
* Dichiara di aver letto e di essere a conoscenza di quanto contenuto nella nota di indirizzo del corso

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del candidato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_