**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_