



UNIVERSITÀ
di VERONA

Facoltà
di **MEDICINA
E CHIRURGIA**

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE BANDO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI COORDINAMENTO DEL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO DI AREA CHIRURGICA E PER LA SUPERVISIONE DELLE ATTIVITÀ DI ESERCITAZIONI SU MANICHINI NELL'AMBITO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA A.A. 2023/2024

Al Preside della Facoltà di
Medicina e Chirurgia
c/o l'Università degli Studi di
Verona
P.le L.A. Scuro, 10
37134 VERONA

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)

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione pubblica per il conferimento di un incarico di coordinamento del tirocinio pratico-valutativo di area chirurgica e per la supervisione delle attività di esercitazioni su manichini nell'ambito del corso di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia A.A. 2023/2024

A tale fine (consapevole 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):

DICHIARA

• di essere nato/a a _____ Prov (_____) il _____

• di essere di nazionalità _____ e cittadinanza _____

• codice fiscale _____

• di essere residente in Via/Piazza _____

n. _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov (_____) _____

• di avere il domicilio fiscale (se diverso dalla residenza) in via/piazza

_____ n. _____ C.A.P. _____ Comune
_____ Prov (_____) _____

• essere in servizio presso

Via _____ n. _____ C.A.P. _____ Comune _____

Prov. (_____) _____.

Bando coordinamento tirocinio pratico-valutativo di area chirurgica a.a. 2023/2024



UNIVERSITÀ
di VERONA

Facoltà
di **MEDICINA
E CHIRURGIA**

Il/La sottoscritto/a

DICHIARA

1. di possedere i seguenti titoli di studio

- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Specializzazione in Chirurgia

conseguito il

_____presso

2. di possedere esperienza decennale in un reparto di chirurgia a direzione universitaria;
 di aver effettuato attività di didattica frontale in ambito chirurgico;
 di aver svolto attività di didattica pratica e tutoriale in ambito medico-chirurgico;
 di aver svolto attività di coordinamento del tirocinio pratico-valutativo di area chirurgica

Allega alla presente:

- un curriculum vitae datato e firmato, che contiene indicazioni esaurienti sia sui titoli di studio di cui dichiara il possesso, sia sull'attività professionale, didattica, di aggiornamento, di supervisione e sull'attività scientifica degli ultimi 5 anni;
- dichiarazione resa ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013 e degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

Segnala inoltre i seguenti dati:

1) l'indirizzo e-mail al quale inviare le comunicazioni:

_____@_____

2) il recapito telefonico: _____

Allega alla presente fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Università di Verona è titolare del trattamento dei dati personali dei partecipanti alle selezioni, ai sensi del Regolamento UE 2016/679; un'informativa di dettaglio su finalità del trattamento, destinatari dei dati e esercizio dei diritti dell'interessato è disponibile sul sito istituzionale dell'Ateneo: www.univr.it/it/privacy

Luogo e data, _____

In fede _____