UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

Marca da bollo secondo valore vigente

AL RETTORE MAGNIFICO DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI 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		M ☐ F ☐

chiede di essere ammesso/a per l'anno accademico 2007/2008 al **Master Universitario di primo livello in Infermieristica di Area Critica**

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)**:

D I C H I A R A

di essere nato/a a		Prov. (____)
Il		
di nazionalità	e cittadinanza	

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

di essere residente in: via/piazza		N°
C.A.P	Comune	Prov: ( )
Telefono: Cellulare:	e-mail	

- di essere domiciliato durante l'anno accademico in (**indicare solo se diverso dalla residenza**):

in: via/piazza		N°
C.A.P	Comune	Prov: ( )
Telefono: Cellulare:	e-mail	

- di essere in possesso del seguente diploma di Scuola Media secondaria Superiore:

- di essere in possesso del Diploma Universitario/Laurea Infermiere:

Conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con la seguente votazione _____ / 110 (In caso di conseguimento presso l'Università degli Studi di Verona indicare il numero di matricola N° matr. _____) Ai fini della concessione dell'incentivo per i laureati entro i termini di durata normale del corso di studio (rif. Art. 8 del bando di concorso), di aver conseguito la laurea di I livello (D.M. 509/99) presso l'Università degli Studi di Verona a seguito degli studi compiuti nel periodo dal _____(data immatricolazione) al _____(data laurea);

- di essere in possesso del diploma di Infermiere Professionale (diploma rilasciato da Scuole Regionali o altri enti di formazione non universitari)

Conseguito presso _____ _____ in data _____ con la seguente votazione Prova scritta _____ / _____ Prova orale _____ / _____ Prova pratica _____ / _____

- di svolgere attualmente la propria attività professionale (specificare se in regime di dipendenza o libero professionale) presso:

Ente/Istituto		
Via		
con la funzione di		
Presso l'Unità Operativa/Servizio di		
tel.		
Dipendente	Libero Professionista	

- di esercitare la professione nel profilo di appartenenza complessivamente da anni _____mesi _____ **(documentare con certificato di servizio da allegare)**

ALLEGA:

☐ Curriculum Vitae et Studiorum (utilizzare modello di seguito riportato) (allegato 1)

☐ Fotocopia semplice del documento di identità del sottoscrittore **(qualora la domanda venga spedita per posta ovvero inoltrata tramite persona diversa dall'interessato);**

☐ Clausola di consenso al trattamento dei dati personali (**parte da compilare obbligatoria)** (allegato 2);

☐ Certificato di servizio attestante almeno 2 anni di esperienza professionale nel profilo di appartenenza;

Foto Tessera

Dichiara infine di essere a conoscenza di tutte le norme contenute nello specifico bando.

Con osservanza.

Verona, lì _____ Firma dell'interessato

_____

IMPORTANTE

La domanda di ammissione deve essere presentata inderogabilmente entro il termine e con le modalità contenuti nello specifico bando di ammissione "all'Università degli Studi di Verona - Direzione Didattica e Servizi agli Studenti, Area Formazione Post Lauream, Ufficio Master, Corsi di Perfezionamento e di Aggiornamento Professionale, Via San Francesco, 22 - 37129 Verona".

CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM (allegato 1)

1. **Corsi di Studio post base (es. corsi di perfezionamento, di specializzazione conclusi con valutazione)**

Denominazione
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Con la seguente valutazione _____/ _____

Denominazione
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Con la seguente valutazione _____/ _____

2. **Corsi di aggiornamento attinenti al proprio profilo professionale frequentati negli ultimi 3 anni**

Denominazione
Promosso da (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

Denominazione
Promosso da (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

Denominazione
Promosso da (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

Denominazione
Promosso da (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

Denominazione
Promosso da (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

Denominazione
Promosso da (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

Denominazione
Promosso da (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

Denominazione
Promosso da (specificare l'ente organizzatore) nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____	

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____	

valutazione ECM si [ ] no [ ] Crediti ECM [ ]

3. Attività docenza negli ultimi 3 anni

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico

Anno di svolgimento _____

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno di svolgimento _____	

4. Interventi in qualità di relatore presso Congressi o Convegni negli ultimi 3 anni

Denominazione dell'Ente organizzatore
Titolo dell'intervento
Anno di svolgimento _____

Denominazione dell'Ente organizzatore
Titolo dell'intervento
Anno di svolgimento _____

Denominazione dell'Ente organizzatore
Titolo dell'intervento
Anno di svolgimento _____

5. **Esperienze professionali di Infermiere in Reparti / Servizi ospedalieri afferenti all'Area Critica**

Ente/Istituto		
Via		
con la funzione di		
Presso l'Unità Operativa/Servizio di		
tel.		
per la durata di anni _____ mesi _____		

6. **Attività di collaborazione al tutorato degli studenti in tirocinio o all'inserimento dei neo-assunti (descrivere brevemente i destinatari, l'unità operativa/servizio, con quale frequenza, se occasionale o continuativa…)**

7. **Pubblicazioni (<u>allegare</u> le 2 ritenute più rilevanti)**

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

Dichiara infine di essere a conoscenza di tutte le norme contenute nello specifico bando e che le dichiarazioni non veritiere comportano l'esclusione dal master.

Verona, li'.....

.....
(firma del Candidato)

INFORMATIVA ART. 13 D.lgs. 196/2003 (allegato 2)

I dati personali forniti dai candidati potranno formare oggetto di trattamento per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della procedura concorsuale e a quelle consequenziali. Il trattamento avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici, nel rispetto del D.lgs. 196/2003, testo unico in materia di protezione dei dati personali. In relazione a tali trattamenti, gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003. Titolare del trattamento: Università degli Studi di Verona con sede in Verona, Via dell'Artigliere n° 8.

CLAUSOLA DI CONSENSO

(Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali, il trattamento dei dati degli studenti da parte delle Università è sottoposto a particolari vincoli di riservatezza. E' quindi necessario l'espresso consenso dell'interessato affinché l'Amministrazione Universitaria possa divulgare i dati anagrafici e del titolo di studio ad Imprenditori, Associazioni di categoria, Enti, Ditte, Agenzie ed altri soggetti privati che ne facciano richiesta per selezione e corsi di formazione, ai fini di un successivo inserimento professionale.
Si chiede, pertanto, di esprimere il proprio **CONSENSO/DISSENSO** completando i dati riportati nel sottostante riquadro.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

☐ **AUTORIZZA** L' Amministrazione Universitaria a divulgare le notizie di cui sopra, a norma del Decreto legislativo 30 giugno
2003, n. 196, art. 23;

☐ **NON AUTORIZZA** La divulgazione dei propri dati anagrafici e del titolo di studio in quanto non desidera che il proprio nominativo compaia in elenchi richiesti dai soggetti di cui sopra.

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE

_____