|  |  |
| --- | --- |
| **Allegato B**  **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE REDATTA**  **AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000\*** | **AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI**  **MEDICINA E CHIRURGIA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato a |  | | | | | | | | | il | |  | | | | |
| Codice Fiscale |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Residente in |  | | | | | | | | | CAP | |  | | | | |
| Via |  | | | | | | | | | n. | |  | | | | |
| Telefono |  | | | | email | |  | | | | | | | | | |
| PEC |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dipendente presso (Ente) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Struttura) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| con la qualifica di | □ Infermiere  □ Coordinatore Infermieristico;  □ Incarico Organizzativo (ex Posizione organizzativa) | | | | | | | | | | | del Ruolo Sanitario | | | | |
| avendo preso visione dell’Avviso pubblicato in data ………………. per l’affidamento di n. 36 incarichi di Tutor di Laboratorio professionale e di Istruttori BLS-D riservato al Personale del Ruolo Sanitario per esigenze del Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Perugia | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CHIEDE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| che per l’A.A. 2023/2024 gli venga affidato l’incarico di **Tutor** **di Laboratorio professionale III** per lo svolgimento di attività laboratoriali di macro-simulazione previste al 3^ anno di corso. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Il sottoscritto dichiara di possedere i seguenti **REQUISITI DI AMMISSIONE** (ex art. 2 dell’Avviso): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Appartenere allo specifico profilo professionale di Infermiere (MED/45) | | | | | | | | | | | | | sì | | | |
| - Essere in servizio, alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda, presso un’Azienda Sanitaria della Regione Umbria da almeno 5 anni | | | | | | | | | | | | | sì | | | |
| - Titolo di studio | | □ Laurea Triennale in Infermieristica  □ Diploma Universitario  □ titolo equipollente di cui alla legge 42/99 e successivi decreti emanati dal Ministero della Salute il 27 luglio 2000 | | | | | | | | | | | conseguito nell’anno  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| - Certificazione di esperienza nella simulazione in sanità di almeno 3 anni | | | | | | | | | | | | | sì | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Il sottoscritto dichiara di possedere i seguenti **TITOLI oggetto di valutazione** (ex art. 3 dell’Avviso): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Titoli di studio**   *Inserire un titolo per ogni riga, nel caso aggiungere righe* | | | | | | | | | | | | | Anno | | | |
| Master clinico di I livello | | | | Descrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | |
| Master di I livello in coordinamento | | | | Descrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | |
| Laurea Magistrale / Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche | | | | Descrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | |
| Dottorato di Ricerca (MED/45) | | | | Descrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | |
| Master di II livello | | | | Descrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | |
| Il sottoscritto dichiara di essere in regola con lo svolgimento dei corsi di formazione obbligatoria di aggiornamento professionale e di formazione permanente (ECM) | | | | | | | | | | | | | sì | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Attività professionale**   *Inserire un’esperienza per ogni riga, nel caso, aggiungere righe; indicare le date nel formato GG/MM/AAAA -* Ruolo: **I**, Infermiere; **CI**, Coordinatore Infermieristico; **IO**, Incarico Organizzativo (ex Posizione organizzativa) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Azienda | | | Reparto | | | | Ruolo | | | Dal | | | | Al | | |
|  | | |  | | | | ❑ I; ❑ CI; ❑ IO | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | ❑ I; ❑ CI; ❑ IO | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | ❑ I; ❑ CI; ❑ IO | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | | |
| 1. **Attività didattica in ambito universitario**   *Inserire un’esperienza per ogni riga, nel caso, aggiungere righe; indicare le date nel formato GG/MM/AAAA* Attività: **DL** (Didattica Laboratoriale, Simulazione, *Role play*), **DF** (Didattica Frontale) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Università / Corso di Studio / Insegnamento o Modulo | | | | | | Attività | | | Dal | | Al | | | | N. ore |
|  | | | | | | ❑ DL ❑ DF | | |  | |  | | | |  |
|  | | | | | | ❑ DL ❑ DF | | |  | |  | | | |  |
|  | | | | | | ❑ DL ❑ DF | | |  | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Attività scientifica**   *Inserire pubblicazioni scientifiche attinenti (MED/45) su riviste indicizzate (WOS, Scopus, Cinahl) indicando i seguenti dati:* Nome Autori, Titolo dell’articolo, Nome Rivista, Anno | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  (Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)  Il sottoscritto attesta che quanto dichiarato nella presente domanda e nella documentazione allegata alla domanda corrisponde a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.  Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, qualora l’Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.  Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.  Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del Regolamento europeo sulla Protezione dei dati personali n. 679/2016, e, per quanto residualmente applicabile, del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 come novellato dal D.lgs. 10 agosto 2018 n. 101 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall’Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.   |  |  | | --- | --- | |  | Il dichiarante[[1]](#footnote-1) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | (luogo e data) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.[[2]](#footnote-2)

1. La firma, da apporre per esteso e in forma leggibile, è obbligatoria pena la nullità della dichiarazione. [↑](#footnote-ref-1)
2. La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione, salvo che la domanda sia firmata con firma digitale. [↑](#footnote-ref-2)