

ALLEGATO 2

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE DEL CURRICULUM VITAE E PROFESSIONALE da allegare alla domanda di partecipazione all'avviso interno per profilo infermiere

Il/La sottoscritto/a

nato/a il a residente
 in Via n.° CAP
Città Provincia Tel.
 Cell.

in riferimento all'avviso interno;
 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di
 atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000;
 a completamento della domanda di partecipazione all'avviso, documenta nel presente
 modulo, i titoli posseduti per la partecipazione **all'avviso interno**

1) TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI

	Commissione
<input type="checkbox"/> Dottorato di Ricerca in Sede di conseguimento: Anno accademico:	
<input type="checkbox"/> Diploma di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Sede di conseguimento: Anno accademico:	
<input type="checkbox"/> Diploma di Scuola diretta a fini speciali in: Sede di conseguimento: Anno accademico:	
<input type="checkbox"/> Diploma di Master Universitario in: Sede di conseguimento: Anno accademico: C.F.U.....	
<input type="checkbox"/> Diploma di Master Universitario in: Sede di conseguimento: Anno accademico: C.F.U.....	
<input type="checkbox"/> Attestato di Perfezionamento Universitario in: Sede di conseguimento: Anno accademico: C.F.U.....	
<input type="checkbox"/> Certificato di Abilitazione alle Funzioni Direttive Sede di conseguimento: Anno scolastico:	

Sigla del partecipante

PAG _____ DI _____

1.1) ALTRI TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI di durata non inferiore ai 6 mesi

	Commissione
1) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO..... SEDE E ANNO DI CONSEGUIMENTO: DURATA..... C.F.U.....	
2) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO..... SEDE E ANNO DI CONSEGUIMENTO: DURATA..... C.F.U.....	
3) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO..... SEDE E ANNO DI CONSEGUIMENTO: DURATA..... C.F.U.....	
4) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO..... SEDE E ANNO DI CONSEGUIMENTO: DURATA..... C.F.U.....	
5) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO..... SEDE E ANNO DI CONSEGUIMENTO: DURATA..... C.F.U.....	
6) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO..... SEDE E ANNO DI CONSEGUIMENTO: DURATA..... C.F.U.....	
7) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO..... SEDE E ANNO DI CONSEGUIMENTO: DURATA..... C.F.U.....	
8) TIPOLOGIA..... TITOLO ACQUISITO..... SEDE E ANNO DI CONSEGUIMENTO: DURATA..... C.F.U.....	

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____

2) ATTIVITA' DI SERVIZIO

	Commissione
Elencare in ordine cronologico le unità operative presso le quali ha svolto la propria attività professionale, il ruolo occupato e gli anni di servizio (escludere dal conteggio le assenze superiori ad un mese):	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____

3) ESPERIENZA EDUCATIVA NELL'AMBITO DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA UNIVERSITARIA

	Commissione
<input type="checkbox"/> Titolo insegnamento Corso universitario di Con il ruolo di <input type="checkbox"/> docente <input type="checkbox"/> esperto esterno per il laboratorio clinico <input type="checkbox"/> responsabile di seminario di attività elettiva Per n. anni accademici	
<input type="checkbox"/> Titolo insegnamento Corso universitario di Con il ruolo di <input type="checkbox"/> docente <input type="checkbox"/> esperto esterno per il laboratorio clinico <input type="checkbox"/> responsabile di seminario di attività elettiva Per n. anni accademici	
<input type="checkbox"/> Titolo insegnamento Corso universitario di Con il ruolo di <input type="checkbox"/> docente <input type="checkbox"/> esperto esterno per il laboratorio clinico <input type="checkbox"/> responsabile di seminario di attività elettiva Per n. anni accademici	

	Commissione
<input type="checkbox"/> Incarico di tutor delle attività formative professionalizzanti presso il Corso di Laurea in Infermieristica, Università di sede di..... Dal al Per n. anni accademici interi	

	Commissione
<input type="checkbox"/> Incarico di coordinatore/tutor del Master/Corso di Perfezionamento in presso l'Università di..... sede di..... Dal al Per n. anni accademici interi	

	Commissione
<input type="checkbox"/> Incarico di guida di tirocinio/tutor clinico degli studenti del CL in Infermieristica presso l'Università di..... sede di..... presso l'U.O. di Dal al Per n. anni accademici interi	

	Commissione
<input type="checkbox"/> Relatore/correlatore di tesi di laurea N° complessivo di tesi seguite per il Corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università di..... sede di.....	

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____

4) ARTICOLI, POSTER, PRESENTAZIONI ORALI

	Commissione
<p><input type="checkbox"/> CONTRIBUTO IN RIVISTA Articolo in rivista; Recensione in rivista; Scheda bibliografica; Abstract in rivista; Traduzione in rivista (specificare sottolineando)</p> <p>Titolo rivista: Autore/i: Titolo: Lingue:..... Formato: <input type="checkbox"/> on line <input type="checkbox"/> a stampa <input type="checkbox"/> cd rom Anno pubblicazione.....Anno accettazione..... N° Volume..... Fascicolo..... Pagine..... ISBN..... DOI..... Url..... Editore..... Referee.....</p>	

	Commissione
<p><input type="checkbox"/> CONTRIBUTO IN VOLUME – LIBRO Monografia o trattato scientifico; Concordanza; Indice; Bibliografia; Edizione critica; Pubblicazione di fonti inedite; Commento scientifico; Fine modulo (specificare sottolineando)</p> <p>Autore/i:..... Titolo:..... Lingue:..... Autore/i del volume:..... Curatore del volume:..... Titolo del volume:..... Titolo della serie:..... Anno pubblicazione:.....Anno accettazione:..... Formato: <input type="checkbox"/> on line <input type="checkbox"/> a stampa <input type="checkbox"/> cd rom N° Volume:..... Pagine:..... ISBN:..... ISMN (International Standard Music Number)..... DOI..... Url..... . Editore.....</p>	

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____

	Commissione
<p><input type="checkbox"/> CONTRIBUTO IN ATTI DI CONVEGNO</p> <p>Contributo in Atti di convegno; Abstract in Atti di convegno; Poster (specificare <u>sottolineando</u>)</p> <p>Autore/i:.....</p> <p>Titolo:.....</p> <p>Lingue:.....</p> <p>Autore/i del volume:.....</p> <p>Curatore del volume:.....</p> <p>Titolo del volume:.....</p> <p>Titolo della serie:.....</p> <p>Titolo rivista:.....</p> <p>Anno pubblicazione:.....Anno accettazione:.....</p> <p>Relazione:.....</p> <p>Formato: <input type="checkbox"/> on line <input type="checkbox"/> a stampa <input type="checkbox"/> cd rom</p> <p>N° Volume:..... Pagine:..... ISBN:.....</p> <p>DOI.....Url.....</p> <p>.</p> <p>Editore:.....</p> <p>Referee:.....</p> <p>Congresso:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Luogo..... data.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rilevanza nazionale <input type="checkbox"/> rilevanza internazionale</p>	
<p><input type="checkbox"/> CONTRIBUTO IN ATTI DI CONVEGNO</p> <p>Contributo in Atti di convegno; Abstract in Atti di convegno; Poster (specificare <u>sottolineando</u>)</p> <p>Autore/i:.....</p> <p>Titolo:.....</p> <p>Lingue:.....</p> <p>Autore/i del volume:.....</p> <p>Curatore del volume:.....</p> <p>Titolo del volume:.....</p> <p>Titolo della serie:.....</p> <p>Titolo rivista:.....</p> <p>Anno pubblicazione:.....Anno accettazione:.....</p> <p>Relazione:.....</p> <p>Formato: <input type="checkbox"/> on line <input type="checkbox"/> a stampa <input type="checkbox"/> cd rom</p> <p>N° Volume:..... Pagine:..... ISBN:.....</p> <p>DOI.....Url.....</p> <p>.</p> <p>Editore:.....</p> <p>Referee:.....</p> <p>Congresso:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Luogo..... data.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rilevanza nazionale <input type="checkbox"/> rilevanza internazionale</p>	

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____

	Commissione
<input type="checkbox"/> CURATELA	
Curatore/i:.....	
Autore/i del volume:.....	
Titolo:.....	
Lingue:.....	
Curatore del volume:.....	
Titolo del volume:.....	
Titolo della serie:.....	
Titolo rivista:.....	
Anno pubblicazione:.....Anno accettazione:.....	
Relazione	
Formato: <input type="checkbox"/> on line <input type="checkbox"/> a stampa <input type="checkbox"/> cd rom	
N° Volume:..... Pagine:..... ISBN:.....	
DOI.....Url.....	
.	
Editore:.....	

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 comma 1 del D.Lgs. 30.06.2003, n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Frosinone, data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente tramite persona delegata.

Sigla del partecipante _____

PAG _____ DI _____

Sigla del partecipante _____

A.S.L. Frosinone
Via Armando Fabi snc
03100 Frosinone

t. +39 0775.8821
www.asl.fr.it
p.iva 01886690609

PAG _____ DI _____



**REGIONE
LAZIO**