

**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.º ..... CAP .....  
 ..... Città ..... Provincia ..... Tel.  
 ..... Cell. ....

in riferimento all'avviso interno;

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, 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**

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 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> esperto esterno per il laboratorio clinico</li> <li><input type="checkbox"/> responsabile di seminario di attività elettiva Per n. .... anni accademici</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Titolo insegnamento ..... Corso universitario di ..... Con il ruolo di <input type="checkbox"/> docente <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> esperto esterno per il laboratorio clinico</li> <li><input type="checkbox"/> responsabile di seminario di attività elettiva Per n. .... anni accademici</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Titolo insegnamento ..... Corso universitario di ..... Con il ruolo di <input type="checkbox"/> docente <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> esperto esterno per il laboratorio clinico</li> <li><input type="checkbox"/> responsabile di seminario di attività elettiva Per n. .... anni accademici</li> </ul>
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
<input type="checkbox"/> <b>CONTRIBUTO IN RIVISTA</b> Articolo in rivista; Recensione in rivista; Scheda bibliografica; Abstract in rivista; Traduzione in rivista (specificare sottolineando)
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 ..... 

Commissione
<input type="checkbox"/> <b>CONTRIBUTO IN VOLUME – LIBRO</b> Monografia o trattato scientifico; Concordanza; Indice; Bibliografia; Edizione critica; Pubblicazione di fonti inedite; Commento scientifico; Fine modulo (specificare sottolineando)
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: ..... 

Sigla del partecipante \_\_\_\_\_

PAG \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_

Commissione
<p><b><input type="checkbox"/> CONTRIBUTO IN ATTI DI CONVEGNO</b></p> <p>Contributo in Atti di convegno; Abstract in Atti di convegno; Poster (specificare sottolineando)</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>Nº Volume:..... Pagine:..... ISBN:.....</p> <p>DOI:..... Url:.....</p> <p>.</p> <p>Editore.....</p> <p>Referee.....</p> <p>Congresso:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Luogo..... data.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rilevanza nazionale <input type="checkbox"/> rilevanza internazionale</p>
<p><b><input type="checkbox"/> CONTRIBUTO IN ATTI DI CONVEGNO</b></p> <p>Contributo in Atti di convegno; Abstract in Atti di convegno; Poster (specificare sottolineando)</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>Nº Volume:..... Pagine:..... ISBN:.....</p> <p>DOI:..... Url:.....</p> <p>.</p> <p>Editore.....</p> <p>Referee.....</p> <p>Congresso:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Luogo..... data.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rilevanza nazionale <input type="checkbox"/> rilevanza internazionale</p>

Sigla del partecipante \_\_\_\_\_

PAG \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_

Commissione
<input type="checkbox"/> <b>CURATELA</b>
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
Nº 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 \_\_\_\_\_

PAG \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_

ASL Frosinone  
Via Armando Fabi snc  
03100 Frosinone

t. +39 0775.8821  
[www.asl.fr.it](http://www.asl.fr.it)  
p.iva 01886690809

