

ALLEGATO 2

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

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.....	

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: /	

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	

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:</p> <p>Autore/i:</p> <p>..... Titolo:</p> <p>Lingue:..... Formato: <input type="checkbox"/> on line <input type="checkbox"/> a stampa <input type="checkbox"/> cd rom</p> <p>Anno pubblicazione.....Anno accettazione.....</p> <p>N° Volume..... Fascicolo..... Pagine.....</p> <p>ISBN..... DOI..... Url.....</p> <p>Editore.....</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:.....</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>Anno pubblicazione:.....Anno accettazione:.....</p> <p>Formato: <input type="checkbox"/> on line <input type="checkbox"/> a stampa <input type="checkbox"/> cd rom</p> <p>N° Volume:..... Pagine:.....</p> <p>ISBN:..... ISMN (International Standard Music Number).....</p> <p>DOI..... Url.....</p> <p>.</p>	

	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..... .	

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 _____