

ALLEGATO 2

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

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
☐ Dottorato di Ricerca in Sede di conseguimento: Anno accademico:	
☐ Diploma di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Sede di conseguimento: Anno accademico:	
☐ Diploma di Scuola diretta a fini speciali in: Sede di conseguimento: Anno accademico:	
☐ Diploma di Master Universitario in: Sede di conseguimento: Anno accademico: C.F.U.....	
☐ Diploma di Master Universitario in: Sede di conseguimento: Anno accademico: C.F.U.....	
☐ Attestato di Perfezionamento Universitario in: Sede di conseguimento: Anno accademico: C.F.U.....	
☐ 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):	
☐ presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
☐ presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
☐ presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
☐ presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
☐ presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
☐ presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
☐ presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
☐ presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
☐ presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	
☐ 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
☐ Titolo insegnamento Corso universitario di Con il ruolo di ☐ docente ☐ esperto esterno per il laboratorio clinico ☐ responsabile di seminario di attività elettiva Per n. anni accademici	
☐ Titolo insegnamento Corso universitario di Con il ruolo di ☐ docente ☐ esperto esterno per il laboratorio clinico ☐ responsabile di seminario di attività elettiva Per n. anni accademici	
☐ Titolo insegnamento Corso universitario di Con il ruolo di ☐ docente ☐ esperto esterno per il laboratorio clinico ☐ responsabile di seminario di attività elettiva Per n. anni accademici	

	Commissione
☐ 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
☐ Incarico di coordinatore/tutor del Master/Corso di Perfezionamento in presso l'Università di..... sede di..... Dal al Per n. anni accademici interi	

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

	Commissione
☐ CONTRIBUTO IN VOLUME – LIBRO 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: ☐ on line ☐ a stampa ☐ cd rom N° Volume:..... Pagine:..... ISBN:..... ISMN (International Standard Music Number)..... DOI..... Url..... . Editore.....	

Sigla del partecipante_____

PAG _____ DI _____

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

Sigla del partecipante_____

PAG _____ DI _____

	Commissione
☐ 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: ☐ on line ☐ a stampa ☐ 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 _____