



AL RETTORE MAGNIFICO DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

Il/La sottoscritto/a		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
----------------------	--	---

chiede di essere ammesso/a per l'anno accademico 2006/2007 al **Master Universitario di primo livello per Coordinatori delle professioni sanitarie**

A tale fine (**consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci - art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**):

DICHIARA

di essere nato/a a		Prov. ()
Il		
di nazionalità	e cittadinanza	

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

di essere residente in: via/piazza		N°
C.A.P.	Comune	Prov: ()
Telefono:	e-mail	
Cellulare:		

- di essere domiciliato durante l'anno accademico in (**indicare solo se diverso dalla residenza**):

in: via/piazza		N°
C.A.P.	Comune	Prov: ()
Telefono: Cellulare:	e-mail	

- di essere in possesso del seguente diploma di Scuola Media secondaria Superiore di durata quinquennale;

--

- di essere in possesso del Diploma Universitario/Laurea in:

<p>Conseguito presso l'Università di _____</p> <p>in data _____ con la seguente votazione ____ / 110</p> <p>(In caso di conseguimento presso l'Università degli Studi di Verona indicare il numero di matricola N° matr. _____)</p> <p>Ai fini della concessione dell'incentivo per i laureati entro i termini di durata normale del corso di studio (rif. Art. 8 del bando di concorso), di aver conseguito la laurea di I livello (D.M. 509/99) presso l'Università degli Studi di Verona a seguito degli studi compiuti nel periodo dal _____ (data immatricolazione) al _____ (data laurea);</p>

- di essere in possesso del diploma delle professioni sanitarie (compilare solo se il diploma non è stato rilasciato da Università, ma da Scuole Regionali o altri enti di formazione non universitari)

<p>Conseguito presso _____</p> <p>in data _____ con la seguente votazione ____ / ____ (riportare la media dei voti conseguiti nelle prove finali)</p>

- di svolgere attualmente la propria attività professionale (specificare se in regime di dipendenza o libero professionale) presso:

Ente/Istituto		
via		
con la funzione di		
Presso l'Unità Operativa/Servizio di		
tel.	Fax	e-mail
Dipendente	Libero Professionista	

- di esercitare la professione nel profilo di appartenenza complessivamente da anni _____ mesi _____
(allegare certificato di servizio)

ALLEGA:

- Curriculum Vitae et Studiorum (utilizzare modello di seguito riportato) (allegato 1)
- Fotocopia semplice del documento di identità del sottoscrittore (**qualora la domanda venga spedita per posta ovvero inoltrata tramite persona diversa dall'interessato**);
- Clausola di consenso al trattamento dei dati personali (**parte da compilare obbligatoria**) (allegato 2);
- Certificato di servizio attestante almeno 3 anni di esperienza professionale nel profilo di appartenenza;



Dichiara infine di essere a conoscenza di tutte le norme contenute nello specifico bando.

Con osservanza.

Verona, li _____

Firma dell'interessato

IMPORTANTE

La domanda di ammissione deve essere presentata inderogabilmente entro il termine e con le modalità contenuti nello specifico bando di ammissione "all'Università degli Studi di Verona - Direzione Didattica e Servizi agli Studenti, Area Formazione Post Lauream, Ufficio Master, Corsi di Perfezionamento e di Aggiornamento Professionale, Via San Francesco, 22 - 37129 Verona".

CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM (allegato 1)

1. Corsi di qualificazione e/o specializzazione conclusi con valutazione finale

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Con la seguente valutazione _____ / _____	

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Con la seguente valutazione _____ / _____	

2. Corsi di aggiornamento o stage attinenti al proprio profilo professionale frequentati negli ultimi 5 anni

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____	
valutazione ECM si	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
Crediti ECM	<input type="text"/>

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____	
valutazione ECM si	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
Crediti ECM	<input type="text"/>

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____	
valutazione ECM si	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
Crediti ECM	<input type="text"/>

Denominazione			
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)			nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____			
valutazione ECM	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> Crediti ECM <input type="checkbox"/>

Denominazione			
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)			nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____			
valutazione ECM	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> Crediti ECM <input type="checkbox"/>

Denominazione			
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)			nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____			
valutazione ECM	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> Crediti ECM <input type="checkbox"/>

Denominazione			
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)			nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____			
valutazione ECM	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> Crediti ECM <input type="checkbox"/>

Denominazione			
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)			nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____			
valutazione ECM	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> Crediti ECM <input type="checkbox"/>

Denominazione			
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)			nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____			
valutazione ECM	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> Crediti ECM <input type="checkbox"/>

Denominazione			
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)			nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____ o ore _____			
valutazione ECM	si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> Crediti ECM <input type="checkbox"/>

3. Attività docenza negli ultimi 5 anni
(nel caso di più incarichi di docenza scegliere i 5 più rilevanti)

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno di svolgimento _____	

4. Docenza in qualità di relatore presso Congressi o Convegni negli ultimi 5 anni

Denominazione dell'Ente organizzatore	
Titolo dell'intervento	
Anno di svolgimento _____	

Denominazione dell'Ente organizzatore	
Titolo dell'intervento	
Anno di svolgimento _____	

Denominazione dell'Ente organizzatore	
Titolo dell'intervento	
Anno di svolgimento _____	

5. Esperienze di coordinamento organizzativo

Funzioni assegnate formalmente di _____
Presso l'Unità operativa/Servizio _____
per la durata di anni _____ mesi _____

6. Attività di collaborazione al tutorato degli studenti in tirocinio o all'inserimento dei neo-assunti (descrivere brevemente i destinatari, l'unità operativa/servizio, con quale frequenza, se occasionale o continuativa...)

--

7. Pubblicazioni (allegare le 2 ritenute più rilevanti)

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

Dichiara infine di essere a conoscenza di tutte le norme contenute nello specifico bando e che le dichiarazioni non veritiere comportano l'esclusione dal master.

Verona, li'.....

.....
(firma del Candidato)

INFORMATIVA ART. 13 D.lgs. 196/2003 (allegato 2)

I dati personali forniti dai candidati potranno formare oggetto di trattamento per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della procedura concorsuale e a quelle consequenziali. Il trattamento avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici, nel rispetto del D.lgs. 196/2003, testo unico in materia di protezione dei dati personali. In relazione a tali trattamenti, gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003. Titolare del trattamento: Università degli Studi di Verona con sede in Verona, Via dell'Artigliere n° 8.

CLAUSOLA DI CONSENSO

(Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali, il trattamento dei dati degli studenti da parte delle Università è sottoposto a particolari vincoli di riservatezza. E' quindi necessario l'espresso consenso dell'interessato affinché l'Amministrazione Universitaria possa divulgare i dati anagrafici e del titolo di studio ad Imprenditori, Associazioni di categoria, Enti, Ditte, Agenzie ed altri soggetti privati che ne facciano richiesta per selezione e corsi di formazione, ai fini di un successivo inserimento professionale.

Si chiede, pertanto, di esprimere il proprio **CONSENSO/DISSENSO** completando i dati riportati nel sottostante riquadro.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

- AUTORIZZA** L' Amministrazione Universitaria a divulgare le notizie di cui sopra, a norma del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 23;
- NON AUTORIZZA** La divulgazione dei propri dati anagrafici e del titolo di studio in quanto non desidera che il proprio nominativo compaia in elenchi richiesti dai soggetti di cui sopra.

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE
