

Marca da bollo  
secondo  
valore vigente

Modulo da utilizzare per la domanda



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

**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="radio"/> F <input type="radio"/>
----------------------	--	---

chiede di essere ammesso/a per l'anno accademico 2004/2005 al **Master di 1° livello in Tecniche manageriali per Coordinatori delle professioni sanitarie (Polo di Trento)**.

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	

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

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

di voler ricevere comunicazione inerenti la presente domanda al seguente indirizzo:

in: via/piazza		N°
C.A.P	Comune	Prov: ( )

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

--

di essere in possesso del diploma/Laurea in

conseguito presso
nell'anno _____
con punteggio ____ / ____ ( in caso di diplomi professionali riportare una media dei voti conseguiti nelle prove finali);

Di esercitare la professione nel profilo dichiarato complessivamente da: anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_  
(specificare il periodo al momento della data di scadenza del bando)

di essere attualmente dipendente/convenzionato dell'Ente/Istituto

via

con la funzione di

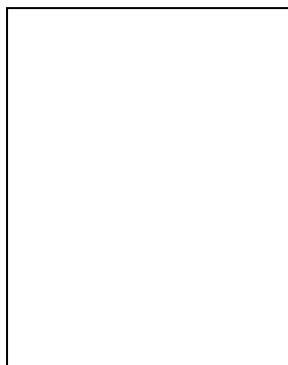
Presso l'Unità Operativa/Servizio di

tel.	Fax	e-mail
------	-----	--------

Di svolgere la propria attività in regime libero-professionale presso:

Ente/Istituto		
via		
con la funzione di		
Presso l'Unità Operativa/Servizio di		
Complessivamente da: anni _____ mesi _____ (specificare il periodo al momento della data di scadenza del bando)		
tel.	Fax	e-mail

ALLEGA FOTO FORMATO TESSERA  
(**obbligatorio**)



## CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM

### 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="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"/>

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 di formazione relativa agli ultimi 5 anni

(nel caso di più incarichi di docenza scegliere i 5 più rilevanti)

#### a) Docenza

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 _____	

**b) 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 _____	

**c) Esperienze di coordinamento organizzativo**

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

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

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

**d) Esperienza di partecipazione o conduzione di gruppo di progetto (relativi alla formazione permanente o a progetti di miglioramento dell'assistenza)**

Tipo di progetto	
Livello di coinvolgimento (conduttore, referente, componente)	

Tipo di progetto	
Livello di coinvolgimento (conduttore, referente, componente)	

Tipo di progetto	
Livello di coinvolgimento (conduttore, referente, componente)	

**e) 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...)**

--	--

**4. 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)

### IMPORTANTE

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

### INFORMATIVA ART. 13 D.lgs. 196/2003

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.