UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

Marca da bollo secondo valore vigente

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 ☐ F ☐

chiede di essere ammesso/a per l'anno accademico 2007/2008 al **Master Universitario di primo livello in Nursing avanzato nella gestione della complessità in età geriatrica – 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)**:

D I C H I A R A

Si consiglia di compilare con la massima accuratezza, in quanto i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno utilizzati per eventuali comunicazioni da parte della Segreteria didattica e per la valutazione dei titoli da parte della Commissione incaricata dello svolgimento della prova di ammissione.

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: Cellulare:	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: 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 ante riforma, Laurea triennale, Laurea specialistica/magistrale in *(cancellare la voce che non interessa)*:

_____

_____

Conseguito presso l'Università di _____

in data _____ con la seguente votazione _____ / 110

(In caso di conseguimento presso l'Università degli Studi di Verona indicare il numero di matricola

N° matr. _____)

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);

- 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)

_____

_____

Conseguito presso _____

in data _____ con la seguente votazione _____ / _____ (riportare la media dei voti conseguiti nelle **prove finali**)

- 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 stato 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);

☐ Stato di servizio attestante gli anni di esperienza professionale nel profilo di appartenenza;

Foto Tessera

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

Con osservanza.

Verona, lì _____ 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 di durata non inferiore ai 6 mesi (Allegare certificazione)**

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 <u>attinenti al proprio ambito lavorativo</u> frequentati negli ultimi 5 anni**

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

Denominazione	
Promosso da (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso ore _____	

Crediti ECM

3. Attività di formazione relativa agli ultimi 5 anni

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

a) Docenza/attività didattica integrativa

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	Anno
tipo di corso	totale ore incarico

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

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

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

b) Docenza in qualità di relatore presso Congressi o Convegni negli ultimi 5 anni

Denominazione dell'Ente organizzatore
Titolo dell'intervento e anno di svolgimento

Denominazione dell'Ente organizzatore
Titolo dell'intervento e anno di svolgimento

Denominazione dell'Ente organizzatore
Titolo dell'intervento e anno di svolgimento

c) Esperienze di coordinamento organizzativo (allegare certificazione)

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 obiettivo)

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

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

Tipo di progetto
Livello di coinvolgimento (referente di progetto, 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, numero studenti/anno e frequenza, se occasionale o continuativa…)

4. Pubblicazioni (<u>allegare</u> fotocopia delle 2 pubblicazioni ritenute più rilevanti)

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

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

_____