



Università "Gabriele d'Annunzio"

Chieti – Pescara

SCUOLA DI MEDICINA E SCIENZE DELLA SALUTE

Corso di Studio in Infermieristica

Presidente: Prof.ssa GABRIELLA MINCIONE

Via dei Vestini 31, 66013 Chieti



Al Presidente
CdS in Infermieristica
Prof.ssa Gabriella Mincione

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione per titoli e colloquio per l'affidamento della funzione di Tutor nel Corso di Studio in Infermieristica nella Sede Formativa di Pescara.

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
(Cognome e Nome)

chiede di essere ammesso/a alla selezione per titoli e colloquio, per l'affidamento della funzione di Tutor nel Corso di Studio in Infermieristica – sede: PESCARA

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 essere di nazionalità _____ e cittadinanza _____
- codice fiscale
- di essere residente in Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Comune _____ Prov. (_____)
- di avere il Domicilio Fiscale (se diverso dalla residenza)
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ Comune _____
Prov. (_____)
- essere in servizio presso: Unità Operativa..... Sede: P.O. di.....
- Profilo Professionale _____

Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- appartenere allo specifico profilo professionale del Corso di Studio cui è riferito;
- essere dipendente della ASL di Pescara

- di avere un'esperienza professionale, di almeno 2 anni, nell'ambito clinico con contratto a tempo indeterminato o determinato;
- di essere in possesso di:
 - Laurea di I Livello nelle seguenti classi di laurea della professione sanitaria in Infermieristica e Infermieristica Pediatrica:
 - Classe SNT/01 (D.M. 509/99)
 - Classe LSNT/1 (D.M. 270/04)
 - Diploma di infermiere conseguito in base alla precedente normativa abilitante all'esercizio della professione, equipollente ai sensi del D.M. 27 Luglio 2000, unitamente a diploma di scuola secondaria di secondo grado quinquennale;

Di possedere i seguenti titoli di formazione:

Corso di Perfezionamento/Master in tutorato clinico

conseguita il _____ presso _____;

Laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Classe SNT- SPEC/1;

conseguita il _____ presso _____;

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Classe LM/SNT1

conseguita il _____ presso _____;

Master di 1° Livello in _____

conseguita il _____ presso _____

Master di 2° Livello in _____;

conseguita il _____ presso _____;

Altri Titoli _____

Allega alla presente *Curriculum vitae* datato e firmato, contenente indicazioni esaurienti sui titoli di studio, sul possesso di elevate competenze tecnico-cliniche e formativo-educative.

Segnala inoltre i seguenti dati:

1) indirizzo e-mail al quale inviare le comunicazioni:

_____@_____

2) recapito telefonico: _____

cellulare: _____

3) indirizzo: Via _____ n. _____

Città _____ C.A.P. _____

Allega alla presente fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Dichiara altresì:

di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata e che il trattamento è disciplinato dal D. Lgs. 101/2018".

In fede

Luogo e Data _____

SI PREGA DI INVIARE PER MAIL LA DOMANDA DEBITAMENTE COMPILATA E FIRMATA ALL'INDIRIZZO poloformativo.pe.uda@asl.pe.it ENTRO IL 31 LUGLIO 2024 ORE 12:00 (oltre tale termine le domande non verranno prese in considerazione)