**Master Universitario di primo livello in**

**SPECIALIZZAZIONE IN NURSING CHIRURGICO PERIOPERATORIO**

**CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM**

(allegare alla domanda di iscrizione online)

***Si consiglia di compilare con la massima accuratezza in quanto le informazioni riportate saranno oggetto di valutazione per la composizione della graduatoria di ammissione al corso.***

# 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) |  |  **M  F ** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nato/a a** |  | **Prov.** | **il** |
|  |  |  |  |
| **Nazionalità e cittadinanza** |  |
|  |  |  |  |
| **Residente in via**  |  **Città Prov.** |

In riferimento alla richiesta di iscrizione alMaster econsapevole 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**

* **Di essere in possesso del Diploma di Laurea**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **in**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Università di

 Data Punteggio finale

* **Di essere in possesso del titolo universitario post-laurea (Laurea Specialistica/Magistrale, Master, Corso di perfezionamento…)**

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo |  Università di |
| Data |  Punteggio finale |

* **Di essere in possesso del Diploma delle professioni sanitarie EQUIPOLLENTE ai fini dell’accesso alla formazione universitaria post-base**

|  |
| --- |
| Diploma di INFERMIERE Conseguito presso |
| Data Punteggio finale  |

* **Di essere in possesso del Diploma di Scuola Media Superiore (Maturità quinquennale)**

|  |
| --- |
| Diploma in Scuola |
| Data Punteggio finale  |

* **Di aver frequentato corsi di aggiornamento maturando il numero/anno di crediti ECM**

|  |  |
| --- | --- |
| **2016** |  |
| **2017** |  |
| **2018** |  |
| **2019** |  |

**Specificare solo i corsi accreditati ECM più importanti in termini di crediti acquisiti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Corso/ titolo**
 |  |  |
| Organizzato da (ente) |  |  |
| Data inizio corso | Data fine corso | Crediti ECM |

* **Attività di docenza svolta (corsi di laurea, corsi di formazione o relatore a congressi/convegni, …) (dal 2015 ad oggi)**

|  |
| --- |
| 1. **Titolo del corso/convegno/altro**
 |
| Ente Anno di svolgimento  |
|  Totale ore incarico |

|  |
| --- |
| 1. **Titolo del corso/convegno/altro**
 |
| Ente Anno di svolgimento  |
|  Totale ore incarico |

|  |
| --- |
| 1. **Titolo del corso/convegno/altro**
 |
| ente Anno di svolgimento  |
| Destinatari Totale ore incarico |

* **Attività di collaborazione al tutorato degli studenti infermieri (es. guida di tirocinio, supervisore …) e/o nell’inserimento di neo-assunti (dal 2015 ad oggi)**

|  |
| --- |
| **Indicare periodo e descrivere l’attività svolta** |

* **Partecipazione a Comitati/gruppi di progetto attinenti all’ambito professionale (dal 2015 ad oggi)**

|  |
| --- |
| * **Componente di Comitati: esempio** Comitato etico (pratica clinica, Sperimentazioni Cliniche), Controllo delle infezioni, Ospedale senza dolore, Buon uso del sangue, Sicurezza e emergenze, Garanzia e pari opportunità, altro

Comitato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_componente dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comitato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_componente dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* **Componente di gruppo di lavoro, di progetto, di miglioramento**

Gruppo di lavoro su \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gruppo di lavoro su \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* **ATTIVITA’SVOLTA IN SALA OPERTORIA**

|  |
| --- |
| Unità operativa/Servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Azienda/Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PERIODO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* **Infermiere strumentista**
* **Infermiere di sala**
* **Nurse anestesia**
 |

* **Pubblicazioni (citare le 2 ritenute più rilevanti)**

|  |
| --- |
| 1. Titolo
 |
| Autori/Coautori |
| Rivista | Anno di pubblicazione  |

|  |
| --- |
| 1. Titolo
 |
| Autori/Coautori |
| Rivista | Anno di pubblicazione  |

* **Livello di lettura e comprensione materiale scientifico redatto in lingua inglese**
	+ Sufficiente
	+ Discreto
	+ Buono
	+ Ottimo
* **Dichiara di esercitare attualmente la propria professione presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Ente/struttura di appartenenza |
| Indirizzo |
| UO/Servizio |
| Periodo da / a |

**Il sottoscritto infine**

* Si impegna a produrre, su richiesta, ogni documento attestante quanto indicato nella presente dichiarazione
* Dichiara di essere a conoscenza che eventuali dichiarazioni non veritiere comporteranno l’esclusione dal Master
* Dichiara di aver letto e di essere a conoscenza di quanto contenuto nella nota di indirizzo del corso

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del candidato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_