

Posizione N. _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

*Imposta di bollo
assolta in modo
virtuale
(Autorizzazione
Ministeriale n.
V/10/1097/9 del
23/07/94)*

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 _____
(Cognome)

_____ M F
(Nome) (sesso)

chiede di essere ammesso/a per l'anno accademico **2015-2016** al **Master Universitario di I livello in Management per Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie – Polo di Bolzano**.

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**):

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

- di essere in possesso del seguente diploma di Scuola **Media Secondaria Superiore** (esame di maturità) **conseguito al termine di un periodo di almeno 12 anni di scolarità:**

in _____
conseguito presso l'Istituto _____
nell'anno scolastico _____ / _____ con punti _____ / _____

- di essere in possesso del **Diploma Universitario o Laurea Triennale** (*cancellare le voci che non interessano*)

in _____
Conseguito presso l'Università di _____
in data _____ con la seguente votazione _____ / 110
(se conseguito 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 triennale, magistrale o specialistica (*cancellare la voce che non interessa*) presso l'Università degli Studi di _____ 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)

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

- di essere iscritto al corso di **Laurea triennale, Laurea specialistica/magistrale, Laurea ante riforma, Master** (*cancellare le voci che non interessano*) in _____ e di conseguire il titolo finale nella sessione di _____ presso l'Università di _____;

- di essere in possesso della **Laurea Specialistica o Laurea Magistrale (classi SNT/1, SNT/2, SNT/3 o SNT/4)** (*requisito per riserva posti in sovrannumero*)

in _____
Conseguito presso l'Università di _____
in data _____ con la seguente votazione _____ / 110
(se conseguito 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 triennale, magistrale o specialistica (*cancellare la voce che non interessa*) presso l'Università degli Studi di _____ a seguito degli studi compiuti nel periodo dal _____ (data immatricolazione) al _____ (data laurea);

- di essere in possesso del **titolo di abilitazione alle funzioni direttive** (*requisito per iscrizione a singolo/i insegnamento/i*)

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		
Dal _____ - al momento dell'iscrizione.		
Tel.	Fax	e-mail
In regime di (barrare la casella interessata):		

Dipendente Libero professionista

- ai fini della riduzione della contribuzione di cui all'art. 9 del Bando di concorso, di essere in condizione di disabile con grado:
- pari o superiore al 66%
 - tra il 50% e il 65%
- ai fini della riduzione della contribuzione di cui all'art. 9 del Bando di concorso, di essere uno studente straniero in possesso di borsa di studio rilasciata dal Governo italiano
- motivazioni del candidato _____

ALLEGA:

- Curriculum Vitae et Studiorum (*utilizzare esclusivamente modello di seguito riportato - allegato 1*)
- Fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore (**solo per coloro che non consegnano personalmente la domanda**)
- Clausola di consenso al trattamento dei dati personali (**parte da compilare obbligatoria - allegato 2**)
- Copia della ricevuta del versamento del contributo di ammissione di € 31,00 comprensivo della marca da bollo del valore di € 16,00 assolta in modo virtuale;
- Copia dei certificati da consegnare al Centro Servizi per Studenti Disabili dell'Ateneo presso l'atrio del Palazzo di Lettere – Via San Francesco, 22 – 37129 Verona – Tel. 045 8028786, apertura al pubblico dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,00 alle ore 13,00

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 contenute nello specifico bando di ammissione all'Università degli Studi di Verona - Direzione Didattica e Servizi agli Studenti – Macro Area Scienze della Vita e della Salute – Area Medicina e Chirurgia - U.O. Carriere Scuole di Specializzazione e Post Lauream, Via Bengasi, 4 – 37134 Verona.

CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM (allegato 1)

Si consiglia di compilare con la massima accuratezza in quanto i dati riportati nella presente dichiarazione saranno oggetto di valutazione per l'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 nato/a
a prov. il
in riferimento alla richiesta di iscrizione al Master
.....(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

1. Corsi di qualificazione e/o specializzazione conclusi con votazione 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 _____ / _____	

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

2. Corsi di aggiornamento o stage attinenti all'ambito professionale frequentati dal 2010 ad oggi

(riportare i più rilevanti per durata e numero di crediti acquisiti)

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore)	nell'anno
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

3. Attività Didattica, di Coordinamento e Tutoriale effettuata dal 2010 ad oggi (specificare l'attività svolta e nel caso di più incarichi di docenza scegliere i 5 più rilevanti e pertinenti alla finalità del corso)

a) Docenza

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

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

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

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

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

b) Incarichi di Coordinamento di Servizi/Unità Operative

Funzioni formalmente attribuite (facente funzioni) di (denominazione ruolo/funzione):

Presso l'Unità operativa/Servizio _____

Azienda/Ente _____

Nel periodo _____ per la durata di anni _____ mesi _____

Funzioni formalmente attribuite da (Servizio preposto dell'Azienda/Ente) _____

Funzioni formalmente attribuite (facente funzioni) di (denominazione ruolo/funzione):

Presso l'Unità operativa/Servizio _____

Azienda/Ente _____

Nel periodo _____ per la durata di anni _____ mesi _____

Funzioni formalmente attribuite da (Servizio preposto dell'Azienda/Ente) _____

Funzioni formalmente attribuite (facente funzioni) di (denominazione ruolo/funzione):

Presso l'Unità operativa/Servizio _____

Azienda/Ente _____

Nel periodo _____ per la durata di anni _____ mesi _____

Funzioni formalmente attribuite da (Servizio preposto dell'Azienda/Ente) _____

c) Attività di collaborazione formalmente attribuite al tutorato degli studenti in tirocinio (guida di tirocinio o infermiere supervisore) **o all'inserimento dei neo-assunti**

(descrivere: a) tipologia di corso; b) numero settimane/anno; c) unità operativa/servizio)

--

d) Altri incarichi di conduzione e/o partecipazione a gruppi di progetto (es. relativi alla formazione continua, progetti di miglioramento della qualità, sperimentazioni)

--

4. Pubblicazioni in ambiti pertinenti alla finalità del corso (allegare le 2 ritenute più rilevanti)

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Università può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (D.lgs 196/2003).

Verona, li _____

(Firma del Candidato)

NOTA BENE: La firma deve essere apposta alla presenza dell'incaricato addetto al ricevimento presso la Direzione Didattica e Servizi agli Studenti – Macro Area Scienze della Vita e della Salute – Area Medicina e Chirurgia – U.O. Carriere Scuole di Specializzazione e Post Lauream – Via Bengasi, 4 – 37134 Verona. Qualora la dichiarazione venga spedita per posta, fax, pec o presentata tramite persona diversa dall'interessato, alla stessa dovrà essere allegata fotocopia semplice del documento d'identità del sottoscrittore.

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 e il Polo Universitario delle Professioni Sanitarie di Trento possano 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/DISENNO** completando i dati riportati nel sottostante riquadro.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

- AUTORIZZA** L' Amministrazione Universitaria e il Polo Universitario delle Professioni Sanitarie di Trento 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

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE
