**ALLEGATO A**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo_cdl_infermieristica_base | **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** | Immagine1 |

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 Studi in Infermieristica.**

**Sedi Formative: Chieti**

# 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 di Chieti.

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 di:

* essere in possesso titolo di Tutor Clinico conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’A.A. \_\_\_\_\_\_
* appartenere allo specifico profilo professionale del corso di studio cui è riferito;
* avere un'esperienza professionale, non inferiore a 2 anni, nell’ambito clinico;
* essere in possesso di Laurea in Infermieristica o titolo equipollente;
* possedere il seguente titolo di studio:

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

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ **Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Classe LM/SNT1**

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**□ Master di 1° Livello in** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Master di 2° Livello in**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

conseguito 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 e fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Comunica inoltre i seguenti dati:

1. **indirizzo e-mail** al quale inviare le comunicazioni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) **recapito telefonico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e/o il fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) **residenza**: Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_