|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo_cdl_infermieristica_base | **Università “Gabriele d’Annunzio”**  Chieti – Pescara  *SCUOLA DI MEDICINA E SCIENZE DELLA SALUTE*  *Corso di Studi in Infermieristica*  *Presidente: Prof.ssa GABRIELLA MINCIONE*  **Via dei Vestini 31, 66013 Chieti** | Immagine1 |

Al Presidente

CdSin 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 diChieti.**

# 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 Studi in Infermieristica – sede: 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 inoltre di essere in possesso dei seguenti requisiti:

* appartenere allo specifico profilo professionale del Corso di Studio cui è riferito;
* di avere un'esperienza professionale, di almeno 3 anni, nell’ambito clinico con contratto a tempo indeterminato o determinato con l’ASL 02 e strutture convenzionate sedi di tirocinio;
* 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;
* **Corso di Perfezionamento/Master in tutorato clinico**

conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Di possedere i seguenti titoli di formazione:

**□ 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 cdsinf@unich.it ENTRO IL 12 AGOSTO 2023 ORE 12:00**