

Allegato 1:

Fac-simile domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio per la predisposizione di graduatoria di Professionisti idonei a ricoprire l'incarico di Coordinatore / Direttore Attività Formative Professionalizzanti presso il Corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare.

Al Direttore del Servizio Formazione ed Aggiornamento Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena ed al Responsabile Amministrativo Agenzia Formativa (AGEFOR) Azienda USL di Modena.

Il/la Sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio per la predisposizione di una graduatoria di professionisti idonei a ricoprire l'incarico di Coordinatore / Direttore AFP presso il Corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare con scadenza il

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000

Sotto la propria responsabilità dichiara:

a) di essere nato/a il _____ a _____
di essere residente in _____ Via _____ n. _____
CAP _____ LOCALITA' _____
tel _____ cell _____

b) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione all'avviso:

- 1) di essere dipendente dell'Azienda _____
Rapporto di lavoro a tempo indeterminato e di avere un'anzianità di servizio in qualità di Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare di almeno 5 anni (cinque);
- 2) Laurea Specialistica/ Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecnico Assistenziali (Classe LM/SNT3), dello specifico profilo professionale di Tecnico Sanitario di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare;
Conseguita il.....presso.....

- 3) di possedere una specifica esperienza professionale nell'ambito della perfusione cardiovascolare di 5 anni negli ultimi dieci anni;
- 4) di possedere uno specifico curriculum che esprima la richiesta esperienza professionale nell'ambito della formazione;

c) di prestare attualmente servizio presso l'Azienda.....
con la qualifica didal.....
presso il servizio/ Unità Operativa di

d) che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Via _____ n. _____
CAP _____ Città' _____ Provincia _____

- e) di avere preso visione nell'avviso che eventuali modifiche della data o dell'ora sopracitate le verranno comunicate a mezzo telegramma all'indirizzo indicato nella presente domanda;
- f) di avere preso visione nell'avviso che l'attività di Coordinatore / Direttore AFP sarà svolta in regime di lavoro a tempo pieno ed in orario di servizio.

Modena li _____

FIRMA _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante competente tramite persona delegata.

Allegato 2:

Fac-simile MODULO per l'AUTOCERTIFICAZIONE DEL CURRICULUM VITAE E PROFESSIONALE da allegare alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per titoli e colloquio per la predisposizione di graduatoria di Professionisti idonei a ricoprire l'incarico di Coordinatore / Direttore Attività Formative Professionalizzanti presso il Corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare.

Il/La sottoscritto/a

(cognome e nome)

nato/a ila

residente in Vian.°

CAP Città Provincia

Tel. Cell.

in riferimento all'avviso pubblico per la predisposizione di graduatoria di professionisti idonei a ricoprire l'incarico di Coordinatore / Direttore Attività Formative Professionalizzanti (AFP) al Corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare sede unica di Modena e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, a completamento della domanda di partecipazione all'avviso, dichiara nel presente modulo sotto la propria responsabilità i titoli posseduti per svolgere con competenza la funzione di:

Coordinatore /Direttore Attività Formative Professionalizzanti (AFP).

Si consiglia di compilare con la massima accuratezza, in quanto il presente modulo sarà utilizzato per la valutazione dei titoli da parte della Commissione esaminatrice.

1) TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI

	Commissione
Laurea Specialistica/Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecnico Assistenziali (Classe LM/SNT3), dello specifico profilo professione di Tecnico Sanitario di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare Sede di conseguimento: Anno accademico:	
Laurea Specialistica / Magistrale in..... Sede di conseguimento: Anno accademico:	
Laurea in..... Sede di conseguimento: Anno accademico:	
Diploma di Master Universitario I livello in: Sede di conseguimento: Anno accademico:	
Diploma di Master Universitario II livello in: Sede di conseguimento: Anno accademico:	

1.1) ALTRI TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI di durata non inferiore ai 6 mesi

	Commissione
1) Sede e anno di conseguimento:	
2) Sede e anno di conseguimento:	

2) ATTIVITA' DI SERVIZIO

	Commissione
<input type="checkbox"/> Anzianità di servizio complessiva in qualità di Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare per n. anni / mesi: /	
Elencare in ordine cronologico le unità operative presso le quali ha svolto la propria attività professionale, il ruolo occupato e gli anni di servizio (escludere dal conteggio le assenze superiori ad un mese):	
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /	

<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /
<input type="checkbox"/> presso l'U.O. di Azienda Con il ruolo di Dal al Per n. anni / mesi effettivi: /

3) ESPERIENZA NELL'AMBITO DELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA PER TECNICI DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE

<input type="checkbox"/> Titolo insegnamento Corso di Laurea/Master Con il ruolo di docente Per n. anni accademici	Commissione
<input type="checkbox"/> Titolo insegnamento Corso di Laurea/Master Con il ruolo di docente Per n. anni accademici	

<input type="checkbox"/> Incarico di Guida di Tirocinio delle attività formative professionalizzanti presso il Corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare Dal al Per n. anni accademici interi Indicare solo gli anni accademici interi (es. 2009/10):	Commissione
--	-------------

<input type="checkbox"/> Relatore/correlatore di tesi di laurea N° complessivo di tesi seguite per il Corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare	Commissione

4) ARTICOLI, POSTER, PRESENTAZIONI ORALI

<input type="checkbox"/> Articolo Titolo articolo: Nome rivista: Autori: Anno, volume, fascicolo, prima e ultima pagina:	Commissione
<input type="checkbox"/> Pubblicazioni Titolo: Nome rivista: Autori: Anno, volume, fascicolo, prima e ultima pagina:	
<input type="checkbox"/> Poster Titolo poster: Autori: Titolo del convegno: Luogo e data del convegno:	
<input type="checkbox"/> Poster Titolo poster: Autori: Titolo del convegno: Luogo e data del convegno:	
<input type="checkbox"/> Presentazione orale Titolo presentazione: Autori: Titolo del convegno: Luogo e data del convegno:	

	Commissione
Totale punti	

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 comma 1 del D.Lgs. 30.06.2003, n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Modena, data _____ Firma _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente tramite persona delegata.

Prot..... /Serv.Gest.e Sv. Pers. Modena, li