

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 Perfusionazione 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 Perfusionazione 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 Perfusionazione 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 Perfusionazione 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 di .....dal.....  
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 il ..... a .....  
residente in Via ..... n.° .....  
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: ..... / .....	
<b>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):</b>	
<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