**ALLEGATO B1**

AL Presidente della Scuola DI MEDICINA E CHIRURGIA

**OGGETTO: universita’ degli studi di napoli federico ii - DOMANDA DI AFFIDAMENTO INCARICO DIDATTICO A.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il/la sottoscritto/a**

**Nato/a a il residente a**

**CAP in Via n°**

**🞏 Dipendente ASL/AO/IRCCS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

🞏 a tempo indeterminato 🞏 a tempo determinato

**🞏In servizio presso** :

🞏Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Dipartimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏Distretto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 Funzione Centrale/Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualifica **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di partecipare alla procedura per l’affidamento del seguente incarico didattico** *(riportare i dati così come indicati negli elenchi allegati all’avviso)*

**N. Rif (I colonna allegato A) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sp**

**Corso di Laurea in**

**Sede Didattica di**

**Corso Integrato**

**Disciplina SSD**

**Anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Continuità didattica nello stesso Corso Integrato ? Si □ No □**

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALLEGATO B2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CURRICULUM STUDI** | | | | | | | | | | |
| TITOLO DI STUDIO ED ANNO DI CONSEGUIMENTO | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  LAUREA VECCHIO ORDINAMENTO SPECIALISTICA O MAGISTRALE IN | | | | |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | CON VOTAZIONE | |  |  |  |
| CONSEGUITA NEL | PRESSO | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  LAUREA TRIENNALE IN | | | | |  | CON VOTAZIONE | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| CONSEGUITA NEL | PRESSO | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  ALTRA LAUREA | | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  SPECIALIZZAZIONE IN | | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| CONSEGUITA NEL |  | |  |  | DURATA ANNI | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  SPECIALIZZAZIONE IN | | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| CONSEGUITA NEL |  | |  |  | DURATA ANNI | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| DOTTORATO IN |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| CONSEGUITO NEL |  | |  |  | DURATA ANNI | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  DIPLOMA DI DIRIGENTE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| CONSEGUITO NEL | PRESSO | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| MASTER DI II LIVELLO IN | | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| CONSEGUITO NEL | PRESSO | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| DURATA ANNI |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| MASTER DI I LIVELLO/AFD IN | | | | | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| CONSEGUITO NEL | PRESSO | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| DURATA ANNI |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  QUALIFICA PROFESSIONALE IN | | | | | | | |  |  |  |
| CONSEGUITA NEL | PRESSO |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| CON VOTAZIONE |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  ALTRI TITOLI ATTINENTI |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| ANNO ISCRIZ. ALBO |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |

**ALLEGATO B3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **ESPERIENZE DIDATTICHE** | | | |  |  |
| INSEGNAMENTO CORSO NON UNIVERSITARIO\_ ENTI PUBBLICI | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DISCIPLINA INSEGNATA | | |  | ORE | ISTITUZIONE SANITARIA | | | **SEDE** | ANNO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALLEGATO B4**  **INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO STESSO SETTORE** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DISCIPLINA INSEGNATA | | |  | CFU | ISTITUZIONE SANITARIA | | | **SEDE** | ANNO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ALLEGATO B5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO SETTORE DIVERSO | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DISCIPLINA INSEGNATA | | |  | CFU | ISTITUZIONE SANITARIA | | | **SEDE** | ANNO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ALLEGATO B6**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ATTIVITA’ DI TUTOR IN TIROCINIO TECNICO PRATICO  NEI CORSI DI LAUREA | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ISTITUZIONE SANITARIA | | |  | SEDE | REPARTO | | | **ANNO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ALLEGATO B7**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **PUBBLICAZIONI** | | | |  |  |
| TITOLO | | |  |  | RIVISTA/CASA EDITRICE | | |  | ANNO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALLEGATO B8**  **ATTIVITA’ LAVORATIVA** | | | | | | | |
| TITOLO |  |  | UNITA’ OPERATIVA | | |  | ANNI |
| DIRETTORE U.O.C. | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| RESPONSABILE U.O.C. facente funzioni | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ALTRA QUALIFICA | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| COORDINATORE | | |  | | | |  |
| COORDINATORE facente funzioni | | |  | | | |  |
| COLLABORATORE SANITARIO | | |  |  |  |  |  |

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere l’incarico secondo le esigenze organizzative del Polo Didattico, a garantire gli obiettivi formativi, secondo quanto previsto dall’Ordinamento Didattico dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie dell’Università degli Studi di Napoli Federico II, nonché a garantire l’applicazione delle norme di disciplina previste dal Regolamento del Polo Didattico.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D. Lgs. 196/2003, autorizza l’ASL/AO/IRCCS di cui è dipendente e l'Università degli Studi di Napoli Federico II al trattamento dei propri dati personali, al fine degli adempimenti per l’espletamento della procedura stessa.

Il/La sottoscritto/a dichiara che la presente istanza ed i relativi allegati sono stati redatti ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28.12.2000 e dichiara, sotto la propria responsabilità di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del predetto DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Si allega documento di identità.

In fede

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_