**ALLEGATO B1**

 AL Presidente della Scuola DI MEDICINA E CHIRURGIA

**OGGETTO: universita’ degli studi di napoli federico ii - DOMANDA DI AFFIDAMENTO INCARICO DIDATTICO anno ACCADEMICO 2025-2026**

**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 PRATICONEI 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_