

ALLEGATO B1

AL PRESIDENTE DELLA SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

**OGGETTO: UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II - DOMANDA DI AFFIDAMENTO INCARICO DIDATTICO
TRIENNIO ACCADEMICO 2023-2024/2024-2025/2025-2026**

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

Algebra BI

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	
<input type="checkbox"/> LAUREA VECCHIO ORDINAMENTO SPECIALISTICA O MAGISTRALE IN	
	CON VOTAZIONE
CONSEGUITA NEL	PRESSO
<input type="checkbox"/> LAUREA TRIENNALE IN	CON VOTAZIONE
CONSEGUITA NEL	PRESSO
<input type="checkbox"/> ALTRA LAUREA	
<input type="checkbox"/> SPECIALIZZAZIONE IN	
CONSEGUITA NEL	DURATA ANNI
<input type="checkbox"/> SPECIALIZZAZIONE IN	
CONSEGUITA NEL	DURATA ANNI
DOTTORATO IN	
CONSEGUITO NEL	DURATA ANNI
ASL Salerno	
<input type="checkbox"/> 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

ATTACCHIA

ESPERIENZE DIDATTICHE
INSEGNAMENTO CORSO NON UNIVERSITARIO_ ENTI PUBBLICI

DISCIPLINA INSEGNATA	ORE	ISTITUZIONE SANITARIA	SEDE	A N N O

ALLEGATO B4

INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO STESSO SETTORE

DISCIPLINA INSEGNATA	CFU	ISTITUZIONE SANITARIA	SEDE	A N N O

ALLEGATO B5

28/06/2014

INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO SETTORE DIVERSO

DISCIPLINA INSEGNATA	CFU	ISTITUZIONE SANITARIA	SEDE	A N N O

**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	A N N I
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 _____