**ALLEGATO A**

**AVVISO DI SELEZIONE INTERNA, PER TITOLI E COLLOQUIO TECNICO MOTIVAZIONALE RISERVATO AL PERSONALE DELL’AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI PER IL PROFILO DI “INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ” (N. 33 posti).**

(DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE E DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE, PREFERIBILMENTE DATTILOSCRITTA)

Al Direttore Generale

ASL Teramo

Circonvallazione Ragusa, 1

64100 – Teramo

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare all'avviso di selezione interna, per titoli e colloquio tecnico motivazionale, riservato al personale dell’Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari per il profilo di Infermiere di Famiglia e Comunità.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal D.P.R. n, 445 del 28.12.2000:

* di chiamarsi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) e di risiedere in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda USL di Teramo nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare l'Unità Operativa dell'attività lavorativa) del Presidio/Distretto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (o titolo equipollente) conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere stato dichiarato dal Medico competente aziendale, fisicamente “non idoneo” ovvero "idonei con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo oggetto dell'avviso interno o per i quali, comunque, risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni di Infermiere di Famiglia e Comunità;
* di indicare la seguente e-mail aziendale ove ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso interno: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@aslteramo.it** e il seguente recapito telefonico: Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196 e s.m.i..

Allega la seguente documentazione:

* dichiarazione sostitutiva di certificazione ***(allegato B)***, datata, firmata e redatta, ai sensi del D.P.R.445/2000 e s.m.i.,
* dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ***(allegato C)***, datata, firmata e redatta, ai sensi del D.P.R.445/2000 e s,m.i.,
* curriculum formativo e professionale ***(allegato D)***, datato, firmato e redatto ai sensi del D.P.R.445/2000 e s.m.i., dal quale si evincano: titoli di studio, esperienza professionale, attività didattica, formazione professionale, etc;
* copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
* N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pubblicazioni, *abstract*, poster, ecc.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data) Il dichiarante

**ALLEGATO B**

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA Dl CERTIFICAZIONE** |

art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e Regolamentari in materia di documentazione amministrativa

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso interno, per titoli e colloquio tecnico motivazionale, riservato al personale dell’Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari per il profilo di Infermiere di Famiglia e Comunità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R., informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196 e s.m.i.

# **D I C H I A R A**

* di non essere stato dichiarato dal Medico competente aziendale, fisicamente “non idoneo” ovvero "idonei con prescrizioni particolari" alle mansioni del profilo oggetto dell'avviso interno o per i quali, comunque, risultino formalmente delle limitazioni al normale svolgimento delle mansioni di Infermiere di Famiglia e Comunità;
* di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(o titolo equipollente) conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso dell'ulteriore titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto/a al n. \_\_\_\_\_\_ dell’Ordine Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver maturato le seguenti esperienze professionali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere in possesso delle seguenti conoscenze\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:

attestati di partecipazione a congressi, convegni, corsi di aggiornamento, diplomi di specializzazione, formazione, qualificazione tecnica, ecc. (**Ai fini della valutazione è necessaria una dettagliata descrizione)**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione  Ente organizzatore  Sede svolgimento  Data e durata (giorno/i)  Crediti ECM -CFU |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione  Ente organizzatore  Sede svolgimento  Data e durata (giorno/i)  Crediti ECM - CFU |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

* di essere in possesso di : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data) Il dichiarante

**ALLEGATO C**

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO Dl NOTORIETA’**

art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e Regolamentari in materia di documentazione amministrativa

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con riferimento all'istanza di partecipazione all'avviso interno, per titoli e colloquio tecnico motivazionale, riservato al personale dell’Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari per il profilo di Infermiere di Famiglia e Comunità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R., informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003 n.196 e s.m.i.

## **D I C H I A R A**

* di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato presso l’Azienda USL di Teramo - P.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ **a tempo pieno** ❑ **a part-time – N. ore settimanali \_\_\_\_\_;**

* di aver prestato i seguenti servizi:

|  |
| --- |
| * dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ex \_\_\_qualifica funzionale) * presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   ❑ Ente Pubblico ❑ Struttura privata ❑ Struttura privata convenz. SSN ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(da specificare)**  con la seguente tipologia di contratto:  ❑ lavoro subordinato ❑ libero professionale ❑ collaborazione coordinata e continuata  ❑ agenzia interinale ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(da specificare)**   * N. ore sett.li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all’ultimo comma dell’46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.   ***(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all’attribuzione del relativo punteggio)*** |
| * dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ex \_\_\_qualifica funzionale) * presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   ❑ Ente Pubblico ❑ Struttura privata ❑ Struttura privata convenz. SSN ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(da specificare)**  con la seguente tipologia di contratto:  ❑ lavoro subordinato ❑ libero professionale ❑ collaborazione coordinata e continuata  ❑ agenzia interinale ❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(da specificare)**   * N. ore sett.li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all’ultimo comma dell’46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.   ***(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all’attribuzione del relativo punteggio)*** |

\*Duplicare il riquadro in caso di necessità

* le seguenti pubblicazioni:

|  |  |
| --- | --- |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
| □ Articolo □ *Abstract*  □ Poster □ Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
| □ Articolo □ *Abstract*  □ Poster □ Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*Duplicare il riquadro in caso di necessità

**Delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia semplice conforme agli originali in suo possesso.**

* altri titoli:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Dichiara che le seguenti copie sono conformi all’originale:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data) Il dichiarante

**ALLEGATO D**

**CURRICULUM VITAE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell’atto di notorietà, e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto riportato nel presente documento corrisponde a stati o fatti risultanti da documenti in proprio possesso ovvero presso le pubbliche amministrazioni ivi indicate.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAZIONI GENERALI** | |
| NOME E COGNOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  |
| INDIRIZZO |  |
| TELEFONO |  |
| C.F. |  |
| NAZIONALITA’ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPERIENZA LAVORATIVA\*** | |
| Denominazione Ente  Servizio prestato  Profilo/Qualifica  U.O./Servizio  Tipologia contratto  Profilo orario  Impegno orario |  |
| Dal Al |
|  |
|  |
| □ Indeterminato □ Determinato □ Somministrazione □ Altro |
| □ Tempo pieno □ Tempo parziale |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ h/sett. |
| Denominazione Ente  Servizio prestato  Profilo/Qualifica  U.O./Servizio  Tipologia contratto  Profilo orario  Impegno orario |  |
| Dal Al |
|  |
|  |
| □ Indeterminato □ Determinato □ Somministrazione □ Altro |
| □ Tempo pieno □ Tempo parziale |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ h/sett. |
| Denominazione Ente  Servizio prestato  Profilo/Qualifica  U.O./Servizio  Tipologia contratto  Profilo orario  Impegno orario |  |
| Dal Al |
|  |
|  |
| □ Indeterminato □ Determinato □ Somministrazione □ Altro |
| □ Tempo pieno □ Tempo parziale |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ h/sett. |

\*Barrare le caselle interessate e duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLI DI STUDIO\*** | |
| Denominazione titolo  Università/Ente  Luogo  A.A.  Data conseguimento |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione titolo  Università/Ente  Luogo  A.A.  Data conseguimento |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione titolo  Università/Ente  Luogo  A.A.  Data conseguimento |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione titolo  Università/Ente  Luogo  A.A.  Data conseguimento |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

|  |  |
| --- | --- |
| **ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE** | |
| Denominazione Ordine  Provincia  N. Iscrizione  Anno Iscrizione |  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAZIONE CONTINUA ECM\*** | |
| Denominazione corso  Ente organizzatore  Sede svolgimento  Durata (giorno/i)  Data  Crediti ECM |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione corso  Ente organizzatore  Sede svolgimento  Durata (giorno/i)  Data  Crediti ECM |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione corso  Ente organizzatore  Sede svolgimento  Durata (giorno/i)  Data  Crediti ECM |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione corso  Ente organizzatore  Sede svolgimento  Durata (giorno/i)  Data  Crediti ECM |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione corso  Ente organizzatore  Sede svolgimento  Durata (giorno/i)  Data  Crediti ECM |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione corso  Ente organizzatore  Sede svolgimento  Durata (giorno/i)  Data  Crediti ECM |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione corso  Ente organizzatore  Sede svolgimento  Durata (giorno/i)  Data  Crediti ECM |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

|  |  |
| --- | --- |
| **INCARICHI DOCENTE/RELATORE\*** | |
| Denominazione Ente  Denominazione corso  Titolo docenza/relazione  Data  N. Ore |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione Ente  Denominazione corso  Titolo docenza/relazione  Data  N. Ore |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione Ente  Denominazione corso  Titolo docenza/relazione  Data  N. Ore |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione Ente  Denominazione corso  Titolo docenza/relazione  Data  N. Ore |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione Ente  Denominazione corso  Titolo relazione  Data  N. Ore |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione Ente  Denominazione corso  Titolo docenza/relazione  Data  N. Ore |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione Ente  Denominazione corso  Titolo docenza/relazione  Data  N. Ore |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione Ente  Denominazione corso  Titolo docenza/relazione  Data  N. Ore |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Denominazione Ente  Denominazione corso  Titolo docenza/relazione  Data  N. Ore |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

|  |  |
| --- | --- |
| **PUBBLICAZIONI RIVISTE – ABSTRACT – POSTER - ATTI CONVEGNI\*** | |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
| □ Articolo □ *Abstract* □ Poster □ Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data Pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
| □ Articolo □ *Abstract* □ Poster □ Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data Pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
| □ Articolo □ *Abstract* □ Poster □ Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data Pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
| □ Articolo □ *Abstract* □ Poster □ Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Autore/i  Tipologia di pubblicazione Rivista/Convegno  Titolo pubblicazione  Data Pubblicazione  Riferimenti (pagine/edizione) |  |
| □ Articolo □ *Abstract* □ Poster □ Atti Convegno |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*Barrare la casella interessata e duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE DIGITALI\*** | |
| **Elaborazione informazioni**:  Programmi di scrittura  Programmi di calcolo  Presentazioni  Altro: | □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente |
| **Creazione contenuti:**  Programmi di calcolo  Presentazioni/slides  Elaborazione PDF  Altro: | □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente |
| **Comunicazione:**  Sistemi posta elettronica  Piattaforme videoconferenze  Altro: | □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente |

\*Barrare le caselle interessate e duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE LINGUISTICHE\*** | |
| **Lingua madre** | □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Altra lingua** |  |
| Comprensione ascolto  Comprensione lettura  Comunicazione orale  Produzione scritta | □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente  □ Avanzato □ Discreto □ Sufficiente □ Insufficiente |

\*Barrare le caselle interessate e duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPETENZE PERSONALI** | |
| Capacità e competenze relazionali |  |
| Capacità e competenze organizzative |  |
| Altro |  |

\*Duplicare i riquadri, qualora non sufficienti

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e del D.lgs 196/2003 come modificato del D.Lgs n.101 del 10.08.2018, recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento EU 679/2016 (GDPR)*

Allegare Copia Documento di riconoscimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data) Il dichiarante