Ricevuta n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODULO N.1**

**VERRANNO ACCETTATE SOLO LE DOMANDE COMPILATE NEL PRESENTE MODULO**

**Al Magnifico Rettore**

**dell’Università Politecnica delle Marche**

***OGGETTO: Domanda per l’affidamento di un* modulo didattico del SSD MED/45 *nell’ambito del Master di 2° livello in “Pneumologia Interventistica” attivato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia per l’a.a.* 2020/2021**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

recapiti telefonici (cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*recapito alternativo a cui inviare le comunicazioni (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**CHIEDE**

che, per l’anno accademico 2019/2020, gli/le venga affidato il modulo didattico “**Il ruolo dell’infermiere di sala endoscopica**” del Settore Scientifico Disciplinare **MED/45** nell’ambito del Master di 2° livello in “**Pneumologia Interventistica**”.

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:**

* di essere in possesso della laurea specialistica/magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche (attinente alla professione del SSD Med/45 per cui si presenta domanda) conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere dipendente a tempo indeterminato del Servizio Sanitario Regionale, in servizio presso l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona;
* di esercitare la professione di INFERMIERE (propria del Settore Scientifico Disciplinare MED/45 per il quale si presenta la domanda) e di prestare servizio presso l’Unità operativa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso di una comprovata esperienza lavorativa in Pneumologia e Pneumologia Interventistica acquisita negli ultimi 3 anni;
* di non essere iscritto/a a corsi di dottorato;
* di essere a conoscenza e di acconsentire che la graduatoria per l’affidamento del modulo didattico sarà pubblicata nel portale dell’Università ([www.univpm.it](http://www.univpm.it)) con i dati anagrafici desunti dalla presente domanda;
* di aver preso visione dell’informativa ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e Regolamento Europeo 2016/679 – GDPR, nella sezione Privacy del sito istituzionale di Ateneo;
* di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall‘art. 76 DPR 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità e di dichiarare, sotto la propria personale responsabilità, che tutto quanto indicato nella presente domanda, nella scheda di autovalutazione e nella documentazione allegata corrisponde al vero;
* di essere a conoscenza che, in caso di affidamento dell’incarico, l’Amministrazione ha facoltà di accertare d’ufficio la veridicità di quanto dichiarato sulla base di quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in tema di controlli.

Data e Firma

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

|  |  |
| --- | --- |
| **SPAZIO RISERVATO AL FUNZIONARIO ADDETTO** | *Ai sensi dell’articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, si dichiara che la sottoscrizione è avvenuta in presenza del funzionario addetto.*  *Timbro e firma del funzionario addetto*  *Ancona lìp* |

*Qualora la domanda venga consegnata da persona diversa dall’interessato o spedita, alla stessa dovrà obbligatoriamente essere allegata copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità dell’interessato.*