**Domanda di partecipazione all’avviso interno per professionisti idonei a ricoprire l’incarico di TUTOR presso il Corso di Laurea in Infermieristica – ICS Maugeri sede di Pavia**

Alla C.A.

Dott.ssa Monica Gabetta

Il/La sottoscritto/a ...................................................................................................................

(cognome e nome)

CHIEDE

di partecipare all’avviso interno rivolto a professionisti idonei a ricoprire l’incarico di TUTOR della didattica professionale presso il Corso di Laurea in Infermieristica – ICS Maugeri sede di Pavia

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

Sotto la propria responsabilità DICHIARA:

a) di essere nato/a il .....................................a ...................................................................................

di essere residente in Via ...............................................................n.° ...............................................

CAP ........................ Città ..................................................................... Provincia ..............................

Tel. ................................... Cell. ...........................................

b) di essere in possesso dei requisiti di ammissione all’avviso:

1. dipendente dell’Azienda ……………………...……………………………………. con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo pieno, e di avere un’anzianità di servizio in qualità di infermiere di almeno 5 anni
2. non aver riportato sanzioni disciplinari
3. Diploma di scuola secondaria superiore di durata quinquennale:

denominazione del Diploma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Laurea in Infermieristica, o titolo equipollente:

denominazione del titolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Titolo di studio pertinente alle professioni infermieristiche: laurea specialistica/ magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche o master universitario:

denominazione del titolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) di prestare attualmente servizio presso l’Azienda ....................................................................

con la qualifica di ................................................................................ dal ....................................

presso il Servizio/Unità Operativa di …………………………………………………..……….……………………………

d) di avere preso visione, nell’avviso, che l’attività di tutorato sarà svolta con regime di lavoro a tempo pieno, in orario di servizio e che l’orario di lavoro, nel rispetto della normativa contrattuale vigente, deve adeguarsi alle esigenze del Corso di Laurea, mirate al raggiungimento degli obiettivi educativi degli studenti.

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 comma 1 del D.Lgs. 30.06.2003, n.196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Pavia, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_