

(MANIFESTAZIONE D'INTERESSE)

Al Direttore del Dipartimento della
Donna, del Bambino e di Chirurgia
Generale e Specialistica

OGGETTO: ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE FIGURE SPECIALISTICHE AGGIUNTIVE DI CUI AL DECRETO MINISTERIALE N. 1154 DEL 14.10.2021 PER LE ESIGENZE DEL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA.

Il/La sottoscritto/a C.F.
nato/a il
e residente a Provincia
via/piazza n.
C.F. tel.
cell
posta elettronica
posta elettronica certificata (PEC)

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

A partecipare alla procedura per l'individuazione figure specialistiche aggiuntive di cui al decreto ministeriale n. 1154 del 14.10.2021, per le esigenze del *Corso di Laurea in Ostetricia*. A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole della responsabilità che assume e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze di cui all'art. 75 dello stesso DPR, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- che svolge attività:
 - ☐ Docente Coordinatore
 - ☐ Professionista iscritto albo di riferimento
 - ☐ Tutori professionali appositamente formati e assegnati – esterni con convenzioni - e sia interni quali figure che svolgono attività formativa prevalentemente nel tirocinio curriculare, nelle attività laboratoriali e nelle attività caratterizzanti;
- di essere a conoscenza che la presente richiesta, è finalizzata ad una indagine esplorativa, e non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l'amministrazione.
- le figure specialistiche individuate non riceveranno alcun compenso.
- di essere dipendente dell'A.O.U. Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" e/o solo dell'AOU nel caso di Dirigente Ospedaliero con contratto di subordinazione a tempo indeterminato e di prestare servizio presso

5. di essere in possesso della Laurea ☐ specialistica/magistrale in conseguita presso in data con votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente conseguito presso in data con votazione ____/____;

6. nel caso di docente coordinatore, con incarico triennale, di essere in possesso di almeno 5 anni di esperienza professionale nel *campo della formazione* (pregressa esperienza didattica universitaria nel *CDL triennale in Ostetricia*) specificare tipologia di corso, insegnamento, anno accademico di conferimento:

7. di essere in possesso di ulteriori titoli di studio accademici:

☐ Dottorato di Ricerca in _____
di durata _____ conseguito presso _____
in data _____ con votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente
conseguito presso _____ in data _____
con votazione ____/____;

☐ Diploma di Master di I livello in _____ di durata _____
conseguito presso _____
in data _____ con votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente
conseguito presso _____ in data _____ con votazione
____/____;

☐ Diploma di Master di II livello in _____ di durata _____
conseguito presso _____
in data _____ con votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente
conseguito presso _____ in data _____ con votazione
____/____;

☐ Corso di Perfezionamento in _____ di durata _____
conseguito presso _____
in data _____ con votazione ____/____ ovvero di titolo equipollente
conseguito presso _____ in data _____ con votazione
____/____;

8. di essere in possesso, come si evince dall'allegato curriculum, di un'esperienza professionale in qualità di _____ (c/o *Reparti di Ostetricia* delle Strutture del SSN) pari a n° _____ anno/i;

9. di possedere, ai fini della valutazione, le sottoelencate pubblicazioni:

10. di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della

procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizza il trattamento dei propri dati personali per dette finalità.

Allega:

- ☐ *Curriculum vitae*
- ☐ *copia fotostatica di un documento di riconoscimento, fronte/retro, in corso di validità;*
- ☐ *recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (indicare solo se è diverso dalla residenza):*

presso _____ *Città*
_____ *Prov.* _____ *C.A.P.* _____ *Via*
_____ *n°* _____

Luogo e data _____

Firma _____