

BANDO PER SUPPLENZA E/O CONTRATTI  
CDLM "SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE" ANNO ACCADEMICO 2025-2026  
**MODULO DOMANDA**

**Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_ **Data di nascita** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Luogo di nascita** \_\_\_\_\_

**Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche** ☐ No ☐ Sì, specificare il voto \_\_\_\_\_

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Curriculum<br/>professionale</b>                      | <input type="checkbox"/> Master di II livello in _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Master di I livello in _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Altre lauree specialistiche o magistrali _____<br><input type="checkbox"/> Corsi di perfezionamento universitari _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Diploma AFD _____<br><input type="checkbox"/> Esperienza professionale _____<br>_____<br>_____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Incarico di Coordinatore infermieristico, se sì, specificare per quanti anni _____<br><input type="checkbox"/> Titolare di Posizione Organizzativa se sì, specificare per quanti anni _____ |
| <b>Esperienza<br/>nel campo<br/>della<br/>formazione</b> | <input type="checkbox"/> Dottorato di Ricerca _____<br><input type="checkbox"/> Esperienza di docenza _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Esperienza di docenza in settore affine o presso master universitari _____<br>_____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Attività di Coordinamento di tirocinio _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

