**Fac-simile del MODULO PER L’AUTOCERTIFICAZIONE DEL CURRICULUM VITAE, FORMATIVO E PROFESSIONALE, da allegare alla domanda di partecipazione all’avviso interno per la predisposizione di graduatoria di professionisti idonei a ricoprire incarico di tutor presso il Corso di Laurea in OSTETRICIA - Sede di Modena**

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

 (cognome e nome)

nato/a il ................................................... a ……....................................................................

residente in Via ................................................................................ n.° ................................

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

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

in riferimento all’avviso interno per la predisposizione di graduatoria di professionisti idonei a ricoprire l’incarico di tutor presso il Corso di Laurea in Ostetricia – Sede di Modena e 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, a completamento della domanda di partecipazione all’avviso, documenta nel presente modulo i titoli posseduti per svolgere con competenza la funzione di tutor.

**Si consiglia di compilare con la massima accuratezza, in quanto, il presente modulo sarà utilizzato per la valutazione dei titoli da parte della Commissione esaminatrice.**

**1) TITOLI UNIVERSITARI (MAX 3 PUNTI)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Commissione |
| □ Diploma di Laurea in……………………………………………………………………Sede di conseguimento: ………………………………………Anno accademico: ……….……. |  |
| □ Diploma di Laurea Specialistica/Magistrale in……………………………………………………………………Sede di conseguimento: ………………………………………Anno accademico: ……….……. |  |
| □ Diploma di Master Universitario in: ………………………………………………….………………Sede di conseguimento: ……………………………………………Anno accademico: ……….……. |  |
| □ Diploma di Master Universitario in:….………………………………………………………………….Sede di conseguimento: ……………………………………………Anno accademico: ……….……. |  |
| □ Attestato di Perfezionamento Universitario in: …………………………………………………….……………Sede di conseguimento: ……………………………………………Anno accademico: ……….……. |  |
| □ Dottorato di Ricerca in: …………………………………………………….……………Sede di conseguimento: ……………………………………………Anno accademico: ……….……. |  |
| □ …………………………………………………………………Sede di conseguimento: ……………………………………………Anno scolastico: ……….……. |  |

##### 2) ESPERIENZA PROFESSIONALE (MAX 10 PUNTI)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Commissione |
| □ Anzianità di servizio complessiva di ………………………………………………..per n. anni ….. |  |
| **Elencare in ordine cronologico le Unità operative/Servizi presso i quali ha svolto la propria attività professionale, il ruolo occupato e gli anni di servizio (escludere dal conteggio le assenze superiori ad un mese):** |  |
| □ presso l’U.O. di ….………………………………………….. Azienda ……………………………………………………... Con il ruolo di ………………………………………………. Dal ..................... al ........................Per n. anni / mesi effettivi: …… / …… |  |
| □ presso l’U.O. di ….………………………………………….. Azienda ……………………………………………………... Con il ruolo di ………………………………………………. Dal ..................... al ........................Per n. anni / mesi effettivi: …… / …… |  |
| □ presso l’U.O. di ….………………………………………….. Azienda ……………………………………………………... Con il ruolo di ………………………………………………. Dal ..................... al ........................Per n. anni / mesi effettivi: …… / …… |  |
| □ presso l’U.O. di ….………………………………………….. Azienda ……………………………………………………... Con il ruolo di ………………………………………………. Dal ..................... al ........................Per n. anni / mesi effettivi: …… / …… |  |
| □ presso l’U.O. di ….………………………………………….. Azienda ……………………………………………………... Con il ruolo di ………………………………………………. Dal ..................... al ........................Per n. anni / mesi effettivi: …… / …… |  |
| □ presso l’U.O. di ….………………………………………….. Azienda ……………………………………………………... Con il ruolo di ………………………………………………. Dal ..................... al ........................Per n. anni / mesi effettivi: …… / …… |  |

##### 3) ATTIVITÀ DIDATTICA IN CORSI UNIVERSITARI (MAX 4 PUNTI)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Commissione |
| □ Titolo dell’insegnamento .…………………………………..………………..… ……………………………………………………………………………………. n° ore …….. n° CFU ……. Corso universitario di …...……………………………………………………... Per n. …….. anni accademici |  |
| □ Titolo dell’insegnamento .…………………………………..………………..… ……………………………………………………………………………………. n° ore …….. n° CFU ……. Corso universitario di …...……………………………………………………... Per n. …….. anni accademici |  |
| □ Titolo dell’insegnamento .…………………………………..………………..… ……………………………………………………………………………………. n° ore …….. n° CFU ……. Corso universitario di …...……………………………………………………... Per n. …….. anni accademici |  |
| □ Titolo dell’insegnamento .…………………………………..………………..… ……………………………………………………………………………………. n° ore …….. n° CFU ……. Corso universitario di …...……………………………………………………... Per n. …….. anni accademici |  |
| □ Titolo dell’insegnamento .…………………………………..………………..… ……………………………………………………………………………………. n° ore …….. n° CFU ……. Corso universitario di …...……………………………………………………... Per n. …….. anni accademici |  |
| □ Titolo dell’insegnamento .…………………………………..………………..… ……………………………………………………………………………………. n° ore …….. n° CFU ……. Corso universitario di …...……………………………………………………... Per n. …….. anni accademici |  |
| □ Incarico di docente della didattica professionale presso il Corso di Laurea in OSTETRICIA Dal ..................... al ........................ Per n. …….. anni accademici interi |  |
| □ Incarico di tutor della didattica professionale presso il Corso di Laurea in OSTETRICIA Dal ..................... al ........................ Per n. …….. anni accademici interi |  |
| □ Incarico di guida di tirocinio/insegnante clinico/tutor clinico degli studenti del Corso di Laurea in OSTETRICIA presso l’U.O. di ……..…………………………………..…………….. Dal ..................... al ........................ Per n. …….. anni accademici interi |  |
| □ Relatore/correlatore di tesi di laurea N° complessivo di tesi seguite per il Corso di Laurea in OSTETRICIA.……… |  |

##### 4) ARTICOLI, POSTER, PRESENTAZIONI ORALI (MAX 1 PUNTO)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Commissione |
| □ ArticoloTitolo articolo: ………………………………………………………………Nome rivista: ……………………………………………………………..…Autori: ……………………………………………………………………….Anno, volume, prima e ultima pagina: ………………………. |  |
| □ LibroTitolo libro: ………………………………………………………………Casa Editrice: …………………………………………………………..…Autori: ……………………………………………………………………….Anno di pubblicazione: ………………………. |  |
| □ Curatela di libroTitolo del libro: .....................................................................................Autori del libro: .....................................................................................Casa Editrice: …………………………………………………………..…Anno di pubblicazione: ………………………. |  |
| □ PosterTitolo poster: ………………………………………………………………Autori: ……………………………………………………………………….Titolo del convegno: ………………………………………………………Luogo e data del convegno: ……………………………………………… |  |
| □ Presentazione oraleTitolo presentazione: ………………………………………………………Autori: ……………………………………………………………………….Titolo del convegno: ………………………………………………………Luogo e data del convegno: …………………………………………….. |  |

##### 5) CURRICULUM VITAE (MAX 2 PUNTI)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Commissione |
| □ Partecipazione a CorsiTitolo corso: ………………………………………………………………Data: ……………………………………………………………..…Crediti acquisiti: ……………………………………………………………………… |  |
| □ Partecipazione a CorsiTitolo corso: ………………………………………………………………Data: ……………………………………………………………..…Crediti acquisiti: ……………………………………………………………………… |  |
| □ Partecipazione a ConvegniTitolo del convegno: .....................................................................................Data: .....................................................................................Relatore: si - no |  |
| □ Borsa di studio in……………………………………………………………………Sede di conseguimento: ………………………………………Anno accademico: ……….……. |  |
| □ Contratto atipicoTipo di attività: ………………………………………………………Sede: ……………………………………………………………………….Durata: …………………………………………………………………………………………………….. |  |
| □ Attività lavorativa presso strutture private accreditateTipo di attività: ………………………………………………………Sede: ……………………………………………………………………….Durata: …………………………………………………………………………………………………….. |  |

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, come modificato dal d.lgs. 101/2018, e del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Modena, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente tramite PEC.