

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE INTERNA PER INCARICO DI
COORDINATORE DELLE ATTIVITA' TEORICHE PRATICHE E DI TIROCINIO PER IL CORSO DI
LAUREA IN OSTETRICIA (Triennio 2022/2024)

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso _____ alla procedura valutativa, per titoli, diretta al conferimento dell'incarico di
COORDINATORE DELLE ATTIVITA' TEORICHE PRATICHE E DI TIROCINIO PER IL CORSO DI
LAUREA IN OSTETRICIA.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000: – consapevole che questa Amministrazione
effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese; – consapevole che qualora le
sottoindicate dichiarazioni dovessero risultare, anche parzialmente, non conformi al vero, sarà escluso dalla
procedura selettiva; – consapevole, altresì, della responsabilità a cui può andare incontro in caso di
dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle
sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.;

DICHIARA

– che i propri dati anagrafici sono i seguenti:

Cognome _____ Nome _____ Codice
Fiscale _____ Nat_ a
_____ Prov. _____ il ___/___/____ Cittadinanza
_____ Residente a _____ Prov. _____
in Via _____ Tel.
_____ Cell. _____ E-mail

– di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dal bando;

– di essere dipendente dell'A.O.U. Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" con contratto di
subordinazione a tempo indeterminato e di prestare servizio
presso _____;

– 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
___/___;

- 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:

- 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
di _____ 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
di _____ 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
di _____ conseguito presso _____
in data _____ con votazione _____
/____/;

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

- 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;

– di possedere, ai fini della valutazione, le sottoelencate pubblicazioni:

– 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.

Luogo e data _____ Firma _____

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° _____