Al Dirigente Responsabile

S.S.D. Formazione

Mail: [formazione@asl.taranto.it](mailto:formazione@asl.taranto.it)

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e domiciliat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rec. tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, come espressamente stabilito dall'art.76 D.P.R, 445/2000 presenta la propria candidatura per essere inserito nel Registro “Tirocinio Pratico Corso di Laurea in Infermieristica” come di seguito indicato:

* + Elenco 1 - Tutor Clinico/d’Aula
  + Elenco 2 - Tutor Professionale

**A TAL FINE DICHIARA DI**:

1. essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
   * Diploma Regionale
   * Laurea Triennale
   * Laurea Magistrale

Nome e sede dell'Istituto/Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data del conseguimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valutazione riportata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(se necessario, ripetere le righe tante volte quanti sono i titoli di studio che si intende dichiarare)*

1. aver conseguito le seguenti attestazioni nei Corsi di Specializzazione e Master di I e/o II livello come di seguito indicato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TITOLO CORSO | SOGGETTO ORGANIZZATORE | ARGOMENTO OGGETTO DEL CORSO | CFU |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. possedere la seguente esperienza lavorativa/ professionale:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ente | Settore | Dal…al … | Tipo di rapporto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

d) essere attualmente nella seguente posizione lavorativa:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## RIPORTA

qui di seguito il parere del Dirigente Professioni Sanitarie:

|  |
| --- |
|  |
| Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Timbro e firma del Dirigente delle Professioni Sanitarie    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Il/la sottoscritto/a, essendo stato/a informato/a:  
- dell’identità del titolare del trattamento dei dati  
- dell’identità del Responsabile della protezione dei dati  
- della misura, modalità con le quali il trattamento avviene  
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali  
- del diritto alla revoca del consenso  
Così come indicato nell'informativa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, disponibile anche sul sito di istituzionale dell'ASL Taranto al link "PRIVACY" ACCONSENTE, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all’informativa ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.  
Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data Firma (per esteso e in forma leggibile)

ALLEGATI:

Fotocopia di un valido documento di riconoscimento

Curriculum vitae