### CONCORSO PER L’AMMISSIONE AL MASTER UNIVERSITARIO DI

### II LIVELLO IN COMPLESSITÀ E INTEGRAZIONE IN RETE IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

### A.A. 2022/2023

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI** |
| Nome: |  |
| Cognome: |  |
| Luogo e Data di nascita: |  |
| Nazionalità: |  |
| Residenza: |  |
| Domicilio: |  |
| Telefono: |  |
| Telefono cellulare: |  |
| Indirizzo e-mail: |  |
| Iscrizione all’Albo dei Medici Chirurghi | N. Iscrizione\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_ Ordine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ESPERIENZA PROFESSIONALE** |
| Attuale condizione professionale |
|  |
| Esperienza lavorativa in ambito cure palliative pediatriche |
| 1 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |
| 2 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |
| 3 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |
| 4 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |
| 5 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |

|  |
| --- |
| Ulteriore Esperienza lavorativa NON in ambito cure palliative pediatriche |
| 1 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |
| 2 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |
| 3 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |
| 4 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |
| 5 | Struttura |  |
| Anni di ruolo |  |

|  |
| --- |
| **FORMAZIONE UNIVERSITARIA** |
| **LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA** |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| **DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE** |
| Titolo |  |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto |  |
| **EVENTUALE ALTRA LAUREA o SPECIALIZZAZIONE** |
| Titolo |  |
| Università  |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto  |  |

|  |
| --- |
| **FORMAZIONE POST LAUREA** |
| **DOTTORATO, MASTER, CORSI DI ALTA FORMAZIONE** |
| Tipologia formazione post laurea |  □ Dottorato □ Master □ Corso di Alta Formazione □ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo e Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Tipologia formazione post laurea |  □ Dottorato □ Master □ Corso di Alta Formazione □ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo/Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Tipologia formazione post laurea |  □ Dottorato □ Master □ Corso di Alta Formazione □ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo/Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| **FORMAZIONE ECM IN AMBITO CURE PALLIATIVE** |
| Titolo/Ente/Anno |  |
| Titolo/Ente/Anno |  |
| Titolo/Ente/Anno |  |
| Titolo/Ente/Anno |  |
| Titolo/Ente/Anno |  |
| Titolo/Ente/Anno |  |
| Titolo/Ente/Anno |  |
| Titolo/Ente/Anno |  |
| Titolo/Ente/Anno |  |
| Titolo/Ente/Anno |  |
|  **COMUNICAZIONI/DOCENZA A SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI/CORSI** **IN AMBITO CURE PALLIATIVE**  |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| **PUBBLICAZIONI IN AMBITO CURE PALLIATIVE** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

|  |
| --- |
| **ULTERIORI INFORMAZIONI UTILI** |
|  |

*Informazioni sul trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo 2016/679)*

*Il trattamento dei dati personali da Lei forniti avverrà esclusivamente ai fini della presente istanza.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  | Firma |  |