### CONCORSO PER L’AMMISSIONE AL

### MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO IN

### TRATTAMENTO INTEGRATO DEI DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE

### A.A. 2022/2023

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI ANAGRAFICI** | |
| Nome: |  |
| Cognome: |  |
| Luogo e Data di nascita: |  |
| Nazionalità: |  |
| Residenza: |  |
| Domicilio: |  |
| Telefono abitazione: |  |
| Fax: |  |
| Telefono cellulare: |  |
| Indirizzo e-mail: |  |
| Iscrizione all’ Albo |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPERIENZA PROFESSIONALE** | | |
| Attuale condizione professionale | | |
|  | | |
| Esperienza **lavorativa** in ambito Disturbi dell’Alimentazione: | | |
| 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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Esperienza di **tirocinio** in ambito Disturbi dell’Alimentazione: | | |
| 1 | Struttura |  |
| Periodo di tirocinio |  |
| 2 | Struttura |  |
| Periodo di tirocinio |  |
| 3 | Struttura |  |
| Periodo di tirocinio |  |
| 4 | Struttura |  |
| Periodo di tirocinio |  |
| 5 | Struttura |  |
| Periodo di tirocinio |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ulteriore Esperienza lavorativa **non** in ambito Disturbi dell’Alimentazione: | | |
| 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:**  L/SNT1 - PROFESSIONI SANITARIE, INFERMIERISTICHE E PROFESSIONE SANITARIA OSTETRICA  L/SNT2 - PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE  L/SNT3 - PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE  L-24 - SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE  LM-41 - MEDICINA E CHIRURGIA o lauree di secondo ciclo o ciclo unico di ambito disciplinare equivalente, eventualmente conseguite ai sensi degli ordinamenti previgenti  **OPPURE**  lauree di primo ciclo di ambito disciplinare equivalente, eventualmente conseguite ai sensi degli ordinamenti previgenti (DM 509/99 e Vecchio Ordinamento);  D.U. o titoli equipollenti ai sensi della Legge N. 1 dell’8 gennaio 2002, art. 1 comma 10 per i soli profili ricompresi nell’area professionale infermieristica e fisioterapica unitamente al possesso di un diploma di maturità quinquennale | |
| Università/Struttura |  |
| Titolo Corso di Laurea/Diploma |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EVENTUALE ALTRA LAUREA** | |
| Titolo |  |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAZIONE POST LAUREAM** | |
| **DOTTORATO** | |
| Titolo |  |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| **MASTER** | |
| Titolo/Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Titolo/Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Titolo/Università |  |
| Anno di conseguimento |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CORSO DI ALTA FORMAZIONE UNIVERSITARIA** | | |
| Titolo/Università | |  |
| Anno di conseguimento | |  |
| Titolo/Università | |  |
| Anno di conseguimento | |  |
| Titolo/Università | |  |
| Anno di conseguimento | |  |
| Titolo/Università | |  |
| Anno di conseguimento | |  |
| **ALTRI CORSI DI FORMAZIONE UNIVERSITARIA** | | |
| Titolo/Università | |  |
| Anno di conseguimento | |  |
| Titolo/Università | |  |
| Anno di conseguimento | |  |
| Titolo/Università | |  |
| Anno di conseguimento | |  |
| Titolo/Università | |  |
| Anno di conseguimento | |  |
| **FORMAZIONE ECM IN AMBITO DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE** | | |
| 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 DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE** | | |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| 5 |  | |
| 6 |  | |
| 7 |  | |
| 8 |  | |
| 9 |  | |
| 10 |  | |
| 11 |  | |
| 12 |  | |
| 13 |  | |
| 14 |  | |
| **PUBBLICAZIONI IN AMBITO DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE** | | |
| 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 |  |