### CONCORSO PER L’AMMISSIONE AL

### MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN

### ALTA FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE IN CURE PALLIATIVE

### A.A. 2021/2022

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPERIENZA PROFESSIONALE** | | |
| Attuale condizione professionale | | |
|  | | |
| Esperienza lavorativa in ambito cure palliative | | |
| 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 | | |
| 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 IN:**  ANESTESIA E RIANIMAZIONE  GERIATRIA  NEUROLOGIA  ONCOLOGIA  RADIOTERAPIA  PEDIATRIA  MALATTIE INFETTIVE  MEDICINA INTERNA  EMATOLOGIA | |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ALTRO DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE** | |
| Titolo |  |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| **DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE** | |
| Struttura |  |
| Anno di conseguimento |  |
| **EVENTUALE SECONDA LAUREA** | |
| Titolo |  |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAZIONE POST LAUREA** | |
| **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** | | |
| 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 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 |  | |
| 11 |  | |
| 12 |  | |
| 13 |  | |
| 14 |  | |
| **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 |  |