### CONCORSO PER L’AMMISSIONE AL

### MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN

### COMPLESSITÀ E INTEGRAZIONE NELLE RETI DI CURE PALLIATIVE

### A.A. 2023/2024

|  |
| --- |
| **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:**[ ]  MEDICINA INTERNA[ ]  GERIATRIA[ ]  ONCOLOGIA MEDICA[ ]  MEDICINA DI COMUNITÀ E DELLE CURE PRIMARIE[ ]  EMATOLOGIA[ ]  MALATTIE DELL’APPARATO CARDIOVASCOLARE[ ]  MALATTIE DELL’APPARATO RESPIRATORIO[ ]  MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI[ ]  NEFROLOGIA[ ]  NEUROLOGIA [ ]  PEDIATRIA [ ]  RADIOTERAPIA[ ]  ANESTESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE |
| 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 |  |
| **ESPERIENZA TRIENNALE CERTIFICATA NELL’AMBITO DELLE CURE PALLIATIVE** |
| Ente Certificatore |  |
| Anno  |  |

|  |
| --- |
| **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 Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| **COMUNICAZIONI/DOCENZA A SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI/CORSI** **IN AMBITO CURE PALLIATIVE** |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| **PUBBLICAZIONI IN AMBITO CURE PALLIATIVE** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

|  |
| --- |
| **ULTERIORI ATTIVITÀ E INFORMAZIONI UTILI PER LA VALUTAZIONE DEL CURRICULUM VITAE** |
|  |

*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 |  |