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

### I LIVELLO IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

### A.A. 2024/2025

*Modello da compilare digitalmente*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPERIENZA PROFESSIONALE** | | |
| **Attuale condizione professionale** | | |
| Denominazione struttura, indirizzo e città: | | |
| Unità operativa*:* | | |
| Ruolo: | | |
| Breve descrizione delle attività svolte: | | |
| Data di inizio: | | |
| **Esperienze lavorative precedenti in ambito specifico di cure palliative e cure palliative pediatriche** | | |
| 1 | Denominazione della struttura |  |
| Unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal/Al |  |
| 2 | Denominazione della struttura |  |
| Unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal/Al |  |
| 3 | Denominazione della struttura |  |
| Unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal/Al |  |
| **Ulteriore esperienza lavorativa in ambito pediatrico** | | |
| 1 | Denominazione della struttura |  |
| Unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal/Al |  |
| 2 | Denominazione della struttura |  |
| Unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal/Al |  |
| 3 | Denominazione della struttura |  |
| Unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal/Al |  |
| **Ulteriore esperienza lavorativa** | | |
| 1 | Denominazione della struttura |  |
| Unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal/Al |  |
| 2 | Denominazione della struttura |  |
| Unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal/Al |  |
| 3 | Denominazione della struttura |  |
| Unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal/Al |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAZIONE UNIVERSITARIA** | |
| **LAUREA TRIENNALE IN:**  L/SNT1 - Professioni sanitarie, infermieristiche e professione sanitaria ostetrica  L/SNT2 - Professioni sanitarie della riabilitazione  L/SNT3 - Professioni Sanitarie Tecniche - Dietistica  L-39 - Servizio Sociale  **LAUREA MAGISTRALE IN:**  LM-51 Psicologia  LM-87 Servizio Sociale e Politiche Sociali  **OPPURE**  lauree di primo o secondo 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 | |
| Titolo Corso di Laurea/Diploma |  |
| Università/Struttura |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| **EVENTUALE ALTRA LAUREA** | |
| Titolo Corso di Laurea |  |
| Università/Struttura |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMAZIONE POST-LAUREA** | | |
| **DOTTORATO, MASTER, CORSI DI ALTA FORMAZIONE** | | |
| 1 | Tipologia formazione post-laurea | Dottorato  Master  Corso di Alta Formazione  Scuola di Specializzazione  Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Denominazione/Titolo formazione post-laurea |  |
| Università/Struttura |  |
| Anno di inizio del percorso |  |
| Anno di conseguimento |  |
| 2 | Tipologia formazione post-laurea | Dottorato  Master  Corso di Alta Formazione  Scuola di Specializzazione  Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Denominazione/Titolo formazione post-laurea |  |
| Università/Struttura |  |
| Anno di inizio del percorso |  |
| Anno di conseguimento |  |
| 3 | Tipologia formazione post-laurea | Dottorato  Master  Corso di Alta Formazione  Scuola di Specializzazione  Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Denominazione/Titolo formazione post-laurea |  |
| Università/Struttura |  |
| Anno di inizio del percorso |  |
| Anno di conseguimento |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMAZIONE IN AMBITO CURE PALLIATIVE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE** | | |
| 1 | Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Durata (in ore) |  |
| Formazione ECM | □ Si □ No |
| Modalità Formativa | □ FAD (Formazione a Distanza)  □ FSC (Formazione sul Campo)  □ RES (Residenziale) |
| 2 | Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Durata (in ore) |  |
| Formazione ECM | □ Si □ No |
| Modalità Formativa | □ FAD (Formazione a Distanza)  □ FSC (Formazione sul Campo)  □ RES (Residenziale) |
| 3 | Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Durata (in ore) |  |
| Formazione ECM | □ Si □ No |
| Modalità Formativa | □ FAD (Formazione a Distanza)  □ FSC (Formazione sul Campo)  □ RES (Residenziale) |
| 4 | Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Durata (in ore) |  |
| Formazione ECM | □ Si □ No |
| Modalità Formativa | □ FAD (Formazione a Distanza)  □ FSC (Formazione sul Campo)  □ RES (Residenziale) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMUNICAZIONI/DOCENZA A SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI/CORSI**  **IN AMBITO CURE PALLIATIVE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE** | | |
| 1 | Titolo intervento |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data |  |
| 2 | Titolo intervento |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data |  |
| 3 | Titolo intervento |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data |  |
|  | **PUBBLICAZIONI IN AMBITO CURE PALLIATIVE** | |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |

|  |
| --- |
| **ULTERIORI INFORMAZIONI UTILI**  *Riportare di seguito altre informazioni utili alla valutazione del proprio curriculum, ad esempio:*  *progetti inerenti all’ambito delle Cure Palliative; esperienze all’estero; esperienze significative per la propria crescita professionale, anche non strettamente connesse all’ambito delle Cure Palliative; eventuali altre pubblicazioni e docenze anche non strettamente connesse all’ambito delle Cure Palliative, ecc...* |
|  |

*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 |  |