### CONCORSO PER L’AMMISSIONE AL

### MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO IN

### I DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE: L’ESORDIO IN ETÀ EVOLUTIVA, LA DIAGNOSI, LE COMORBILITÀ E I PERCORSI DI CURA

### A.A. 2024/2025

*Modello CV da compilare digitalmente*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPERIENZA PROFESSIONALE** | | |
| **Attuale condizione professionale** | | |
| Denominazione struttura, indirizzo e città: | | |
| Unità operativa: | | |
| Ruolo: | | |
| Breve descrizione delle attività svolte: | | |
| Data inizio attività: | | |
| Esperienze **lavorative** pregresse in ambito Disturbi dell’Alimentazione: | | |
| 1 | Struttura e unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Periodo dal/al |  |
| 2 | Struttura e unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Periodo dal/al |  |
| 3 | Struttura e unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Periodo dal/al |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Esperienze di **tirocinio** in ambito Disturbi dell’Alimentazione: | | |
| 1 | Struttura e unità operativa |  |
| Periodo di tirocinio |  |
| 2 | Struttura e unità operativa |  |
| Periodo di tirocinio |  |
| 3 | Struttura e unità operativa |  |
| Periodo di tirocinio |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ulteriori esperienze lavorative **non** in ambito Disturbi dell’Alimentazione: | | |
| 1 | Struttura e unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Periodo dal/al |  |
| 2 | Struttura e unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Periodo dal/al |  |
| 3 | Struttura e unità operativa |  |
| Ruolo |  |
| Periodo dal/al |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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  L-19 – SCIENZE DELL’EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE  L-39 SCIENZE DEL SERVIZIO SOCIALE  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 Corso di Laurea |  |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMAZIONE IN AMBITO DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE** | | |
| 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) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMUNICAZIONI/DOCENZE A SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI/CORSI IN AMBITO DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE** | | |
| 1 | Titolo intervento |  |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| 2 | Titolo intervento |  |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| 3 | Titolo intervento |  |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| **PUBBLICAZIONI IN AMBITO DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **ULTERIORI INFORMAZIONI UTILI**  *Riportare di seguito altre informazioni utili alla valutazione del proprio curriculum vitae, ad esempio: progetti inerenti all’ambito dei Disturbi dell’Alimentazione; esperienze formative o professionali all’estero; esperienze significative per la propria crescita professionale, anche non legate ai Disturbi dell’Alimentazione; eventuali esperienze di docenza non strettamente connesse ai Disturbi dell’Alimentazione, 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 |  |