



AI Commissario Straordinario
U.O. Formazione
P.O. Cesare Zonchello
P.zza Sardegna - 08100 Nuoro

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL MASTER DI II° LIVELLO IN
"TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA"

Il/La sottoscritto/a
Nato a il
Residente a cap.
Via n°
Tel.(lavoro) tel.(domicilio) cell.
E mail
Dirigente Medico presso l'U.O. di Rianimazione del P.O. San Francesco di Nuoro,

CODICE FISCALE

Table with 11 empty boxes for the tax code.

CHIEDE

Di essere ammesso/a al Master in "Terapia Intensiva Pediatrica" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del C.P. e delle Leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARA

- di essere dipendente a tempo indeterminato dal Matricola Azienda: N.
- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di: in data
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data
- di essere specializzato in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva.

Allega:

- 1. Curriculum formativo e professionale debitamente datato e firmato;
2. Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà;
3. Copia del Documento d'Identità in corso di validità;
4. Eventuali documenti utili alla valutazione del punteggio e/o breve relazione descrittiva di attività pertinenti.

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione della procedura selettiva e dei conseguenti adempimenti, ai sensi del DLvo n. 196/2003.

Data e Firma del dipendente



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(da allegare alla domanda di partecipazione al Master di II° livello in "Terapia Intensiva Pediatrica")

Il sottoscritto nato a
Il e residente a
In Via

In relazione alla richiesta di partecipazione alla selezione per il Master di II° in "Terapia Intensiva Pediatrica", consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

- Di non essere iscritto contemporaneamente ad altri:

- c Corsi di Laurea
c Specializzazione
c Dottorato
c Perfezionamento
c Master anche di altro livello
di altre Università italiane ed Estere;

- Dichiaro, inoltre, in caso di ammissione al Master:

- 1. di assicurare la frequenza dell'intero corso e il conseguimento del titolo finale attestante le competenze acquisite;
2. di garantire, al di là della normale reperibilità, la propria consulenza in caso di urgenza al fine di assicurare all'U.O. di Rianimazione il supporto necessario all'Equipe sanitaria;
3. la permanenza minima di tre anni dalla conclusione del Master presso l'Asl di Nuoro impegnandosi, in caso di permanenza per un periodo inferiore, ad autorizzare l'Azienda a trattenere dal proprio stipendio (con modalità di rateizzazione da concordare) il 50% delle spese totali sostenute per la formazione individuale erogata.

Dichiaro che la seguente documentazione, prodotta unitamente alla domanda:

- 1)
2)
3)
4)
5)

è conforme all'originale in possesso del dichiarante ovvero di