

**CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM**  
(da allegare obbligatoriamente alla domanda online)

Si consiglia di compilare il presente curriculum vitae et studiorum con la massima accuratezza in quanto i dati riportati nella presente dichiarazione saranno oggetto di valutazione per l'ammissione al corso.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a  
a ..... prov. .... il .....  
in riferimento alla richiesta di iscrizione al **Corso di Perfezionamento in MANAGEMENT ASSISTENZIALE E RIABILITATIVO DELLE PERSONA CON DEMENZA** consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci - art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

- di essere in possesso del seguente diploma di **Scuola Media Secondaria Superiore** (esame di maturità) **conseguito al termine di un periodo di almeno 12 anni di scolarità:**

in _____ conseguito presso l'Istituto _____ nell'anno scolastico _____ / _____ con punti _____ / _____
--

- di essere in possesso del seguente **Diploma Universitario o Laurea Triennale** (cancellare le voci che non interessano):

*Riportare il titolo di studio requisito per l'ammissione al Corso di Perfezionamento*

in _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con la seguente votazione _____ / 110
--

- di essere in possesso del **Diploma delle professioni sanitarie equipollente ai fini dell'accesso alla formazione universitaria post-base:**

*(compilare solo se il diploma titolo di studio requisito per l'ammissione al Corso di Perfezionamento non è stato rilasciato da Università, ma da Scuole Regionali o altri Enti di formazione non universitari).*

in _____ conseguito presso _____ in data _____ con la seguente votazione _____ / _____
--

di essere iscritto al corso di **Laurea triennale, Laurea specialistica/magistrale, Master** (*cancellare la voce che non interessa*) in \_\_\_\_\_ e di conseguire il titolo finale nella sessione di \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_.

di svolgere attualmente la propria attività professionale presso:

Ente/Istituto		
via		
con la funzione di		
Presso l'Unità Operativa/Servizio di _____		
dal _____ al _____		
Tel.	Fax	e-mail
<b>In regime di (barrare la casella interessata):</b>		
Dipendente	<input type="checkbox"/>	Libero professionista
	<input type="checkbox"/>	

di essere in possesso del seguente titolo universitario post lauream (**Laurea Specialistica/Magistrale, Master, Corso di Perfezionamento,....**) o non universitario di **qualificazione e/o specializzazione concluso con votazione finale.**

*(riportare eventuali titoli di studio oltre al titolo di studio requisito per l'accesso al Corso di Perfezionamento)*

Denominazione
Conseguito presso (specificare l'Università/Ente organizzatore) _____ nell'anno _____
Con la seguente valutazione _____ / _____

Denominazione
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) _____ nell'anno _____
Con la seguente valutazione _____ / _____

di aver frequentato i seguenti corsi di aggiornamento o stage attinenti all'ambito professionale **dal 2013 ad oggi** (*riportare i più rilevanti per durata e numero di crediti acquisiti*).

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'Ente organizzatore) _____ nell'anno _____	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

Denominazione	
Conseguito presso (specificare l'ente organizzatore) nell'anno	
Durata del corso (in giorni o ore) giorni _____	Crediti

- di aver svolto la seguente attività Didattica e Tutoriale dal 2013 ad oggi (specificare l'attività svolta e nel caso di più incarichi di docenza scegliere i 5 più rilevanti e pertinenti alla finalità del corso).

**a) Docenza**

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno/i di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno/i di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno/i di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno/i di svolgimento _____	

Argomento/Disciplina	
Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati ...)	
Destinatari	
tipo di corso	totale ore incarico
Anno/i di svolgimento _____	

**b) Attività di collaborazione formalmente attribuite al tutorato degli studenti in tirocinio** (guida di tirocinio o infermiere supervisore) **o all'inserimento dei neo-assunti.**

Descrivere: a) tipologia di corso; b) numero settimane/anno; c) unità operativa/servizio

**c) Altri incarichi di conduzione e/o partecipazione a gruppi di progetto** (es. relativi alla formazione continua, progetti di miglioramento della qualità, sperimentazioni).

Riportare una breve descrizione

**Pubblicazioni in ambiti pertinenti alle finalità del corso** (citare le 2 ritenute più rilevanti).

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

Titolo	
Autori/Coautori	
Rivista	Anno di pubblicazione

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Università e l'APSS di Trento possono utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali della Pubblica Amministrazione (D.lgs 196/2003).

Verona, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Candidato)