

A) ALLEGATO B 1/5  
Protocollo n. \_\_\_\_\_  
Data di consegna \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_  
C/O POLO DIDATTICO DI \_\_\_\_\_  
CORSO DI LAUREA IN  
INFERMIERISTICA

**OGGETTO: DOMANDA DI AFFIDAMENTO INSEGNAMENTI A.A.** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Dipendente dell'ASL \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ nella qualifica di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

Tel. Ufficio \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di partecipare alla procedura per l'affidamento del seguente insegnamento (*riportare i dati così come indicati nell'avviso*) del Corso di Laurea in Infermieristica, Polo Didattico di \_\_\_\_\_, Università degli Studi di Napoli Federico II

Corso Integrato \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_ SSD \_\_\_\_\_

Anno / Semestre \_\_\_\_\_

Continuità didattica nello stesso corso?  Sì  No

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### NULLA OSTA DIRETTORE GENERALE

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro \_\_\_\_\_

## CURRICULUM STUDI

TITOLO DI STUDIO ED ANNO DI CONSEGUIMENTO	
<input type="checkbox"/> LAUREA QUAD/QUINQ/MAGISTRALE IN	
	CON VOTAZIONE
CONSEGUITA NEL	PRESSO
<input type="checkbox"/> LAUREA TRIENNALE IN	CON VOTAZIONE
CONSEGUITA NEL	PRESSO
<input type="checkbox"/> ALTRA LAUREA	
<input type="checkbox"/> SPECIALIZZAZIONE IN	
CONSEGUITA NEL	DURATA ANNI
<input type="checkbox"/> SPECIALIZZAZIONE IN	
CONSEGUITA NEL	DURATA ANNI
<hr/>	
<input type="checkbox"/> DIPLOMA DI DIRIGENTE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	
CONSEGUITO NEL	PRESSO
<input type="checkbox"/> MASTER DI II LIVELLO IN	
CONSEGUITO NEL	PRESSO
	DURATA ANNI
<input type="checkbox"/> MASTER DI I LIVELLO/AFD IN	
CONSEGUITO NEL	PRESSO
	DURATA ANNI
<input type="checkbox"/> QUALIFICA PROFESSIONALE IN	
CONSEGUITA NEL	PRESSO
	CON VOTAZIONE
<input type="checkbox"/> ALTRI TITOLI ATTINENTI	
ANNO ISCRIZ. ALBO	

**ESPERIENZE DIDATTICHE****INSEGNAMENTO CORSO NON UNIVERSITARIO\_ ENTI PUBBLICI**

DISCIPLINA INSEGNATA	ORE	ISTITUZIONE SANITARIA	SEDE	ANNO

**INSEGNAMENTO CORSO UNIVERSITARIO STESSO SETTORE**

DISCIPLINA INSEGNATA	CFU	ISTITUZIONE SANITARIA	SEDE	ANNO



PUBBLICAZIONI		
TIPOLOGIA E TITOLO	RIVISTA/CASA EDITRICE	ANNO

ATTIVITA' LAVORATIVA		
TITOLO	UNITA' OPERATIVA	ANNI
DIRIGENTE DI II LIVELLO O EQUIP. CON DEGENZA O CON ATTIVITA' COMPLESSA		
DIRIGENTE DI I LIVELLO O EQUIP. CON DEGENZA O CON ATTIVITA' COMPLESSA		
COORDINATORE INFERMIERISTICO CON DEGENZA O CON ATTIVITA' COMPLESSA		
INFERMIERE CON DEGENZA O CON ATTIVITA' COMPLESSA		

Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a svolgere l'incarico secondo le esigenze organizzative del Polo Didattico, a garantire gli obiettivi propri di ogni singolo insegnamento, secondo quanto previsto dall'Ordinamento Didattico dell'Università degli Studi Di Napoli Federico II, nonché a garantire l'applicazione delle norme di disciplina previste dal Regolamento del Polo Didattico.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D. Lgs. 196/2003, autorizza L'ASL e l'Università degli Studi di Napoli Federico II al trattamento dei propri dati personali, al fine degli adempimenti per l'espletamento della procedura stessa.

In Fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_