



Azienda ospedaliero-universitaria Senese



UOC Formazione

Sede Legale: Strada delle Scotte, 14 – 53100 Siena C.F. e P.I. 00388300527

ALLEGATO 2 all'Avviso di selezione per l'individuazione di N. 9 ANIMATORI DI FORMAZIONE (A.d.F.)

Domanda di ammissione alla selezione per l'individuazione di n. 9 A.d.F. a copertura posti vacanti.

Al Direttore Generale
Azienda ospedaliero – universitaria Senese
Strada delle Scotte, 14 Siena

Il/La sottoscritto/a Matricola

chiede di partecipare alla selezione di cui all'avviso emesso dall'AOUS per l'individuazione di n. 9 A.d.F.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n° 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

1) di essere nato a Provincia Stato
il

2) di avere il seguente Codice Fiscale

3) di essere residente nel Comune di Provincia CAP
in via/piazza N.
Telefono Cellulare
e-mail aziendale

4) di aver maturato almeno 5 anni di anzianità nel SSN così come segue:

dal		al	
dal		al	
dal		al	
dal		al	
dal		al	

☐ dipendente a tempo pieno e indeterminato dell'AOUS
dal al

☐ dipendente a tempo pieno e indeterminato di UniSi in convenzione AOUS
dal al

5) di essere in regola con l'obbligo ECM (solo per gli appartenenti al ruolo sanitario) relativamente all'ultimo triennio informativo concluso (2020 - 2022)
☐ flaggare per confermare

6) di non aver riportato negli ultimi 2 anni provvedimenti disciplinari più gravi della censura scritta
☐ flaggare per confermare

7) di essere attualmente servizio presso la U.O.C./Struttura:

Dipartimento

Di appartenere all'Area

Ruolo Qualifica

ALLEGA:

☐ Curriculum formativo e professionale, datato e firmato, **utilizzando ESCLUSIVAMENTE il format allegato al modello della domanda** (non saranno accettati modelli di CV diversi)

☐ Copia di documento di identità/riconoscimento fronte-retro in corso di validità.

Si esprime candidatura per la seguente Struttura (è ammessa una sola opzione):

Struttura/Dipartimento	
Direzione Generale	☐ in accordo con il Direttore di Struttura
Direzione Amministrativa	☐ in accordo con il Direttore di Struttura
Professioni Infermieristiche e Ostetriche	☐ in accordo con il Direttore di Struttura
Scienze Chirurgiche	☐ in accordo con il Direttore di Struttura
Emergenza - Urgenza	☐ in accordo con il Direttore di Struttura
Scienze Neurologiche e Motorie	☐ in accordo con il Direttore di Struttura

Ai sensi dell'articolo 19 D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi previste dall' art. 76 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara che tali documenti sono conformi all'originale.

Luogo	Data
	Firma

Curriculum formativo e professionale

Il/La sottoscritto/a

Matricola

Con riferimento alla domanda di ammissione alla selezione interna indetta dall'AOUS per l'individuazione di n. 9 ANIMATORI DI FORMAZIONE (A.d.F)

CHIEDE:

- La valutazione del proprio curriculum formativo e professionale.

A tal fine ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n° 445 / 2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n° 445/ 2000, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA:

a) Titoli di studio eccedenti quello necessario all'assunzione

Classificazione

Conseguito il

Ente/Scuola/Università

Titolo

Classificazione

Conseguito il

Ente/Scuola/Università

Titolo

Classificazione

Conseguito il

Ente/Scuola/Università

Titolo

Classificazione

Conseguito il

Ente/Scuola/Università

Titolo

Classificazione

Conseguito il

Ente/Scuola/Università

Titolo

b) Attività pregresse di A.d.F. (ultimi 5 anni)

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

c) Attività di segreteria organizzativa/scientifica in eventi formativi (ultimi 5 anni)

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

d) Attività di tutoraggio in eventi formativi (ultimi 5 anni)

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

e) Attività di docenza (ultimi 5 anni)

Corso			
Ente			
Insegnamento/ Evento Formativo			
Anno		Ore docenza	

Corso			
Ente			
Insegnamento/ Evento Formativo			
Anno		Ore docenza	

Corso			
Ente			
Insegnamento/ Evento Formativo			
Anno		Ore docenza	

Corso			
Ente			
Insegnamento/ Evento Formativo			
Anno		Ore docenza	

Corso			
Ente			
Insegnamento/ Evento Formativo			
Anno		Ore docenza	

Corso			
Ente			
Insegnamento/ Evento Formativo			
Anno		Ore docenza	

f) Partecipazione a eventi formativi inerenti la formazione in Sanità (ultimi 5 anni)

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data	ECM	Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data	ECM	Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data	ECM	Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data		ECM	
		Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data	ECM	Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data	ECM	Ore	

Titolo evento formativo			
Provider			
Data	ECM	Ore	

Luogo		Data
		Firma