



CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE
PER CONCORSO LM SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA "A. GEMELLI" A.A.2023/24

COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE IN OGNI SUA PARTE

COGNOME	NOME
Luogo di nascita	Data di nascita
Cittadinanza	Città di residenza
Telefono cellulare	Indirizzo e-mail

ALLEGARE E NUMERARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE

TITOLO DI STUDIO per l'accesso al corso di laurea magistrale L/SNT1 (ALLEGARE COPIA O AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000) ALLEGATO N. _____	
<input type="checkbox"/> Laurea abilitante all'esercizio delle professioni sanitarie di:	
<input type="radio"/> Infermiere	
<input type="radio"/> Ostetrica/o	
<input type="radio"/> Infermiere pediatrico	
<input type="checkbox"/> Diploma universitario abilitante all'esercizio delle professioni sanitarie di:	
<input type="radio"/> Infermiere	
<input type="radio"/> Ostetrica/o	
<input type="radio"/> Infermiere pediatrico	
<input type="checkbox"/> Titolo abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di cui alla legge n.42/1999	
<input type="radio"/> Infermiere	
<input type="radio"/> Ostetrica/o	
<input type="radio"/> Infermiere pediatrico	
Conseguito presso:	
Data: __/__/__	Voto: __/__
<input type="checkbox"/> sub condizione	data prevista per conseguimento titolo: __/__/__
NB: SE NON CONSEGUITO, ALLEGARE CERTIFICATO CON DURATA LEGALE DELLA LT PROFESSIONE SANITARIA L/SNT1 CUI SI È ISCRITTI PER IL CORRENTE A.A.2022/23.	



A. ALTRI TITOLI ACCADEMICI (ALLEGARE COPIA o AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000) ALLEGATO/I N. _____	
Diploma di laurea (quadriennale - vecchio ordinamento) in:	Conseguito presso _____ Data: __/__/____ Voto: __/____
Laurea specialistica/magistrale in:	Conseguito presso _____ Data: __/__/____ Voto: __/____
Dottorato di Ricerca in:	Conseguito presso _____ Data: __/__/____ Voto: __/____

B. ALTRI TITOLI PROFESSIONALI (ALLEGARE COPIA o AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000) ALLEGATO/I N. _____	
Master universitario di I/II livello in:	Conseguito presso _____ Data: __/__/____ Voto: ____/____
Master universitario di I/II livello in:	Conseguito presso _____ Data: __/__/____ Voto: __/____
Corso di perfezionamento universitario in:	Conseguito presso _____ Data: __/__/____ Voto: __/____
Corso di perfezionamento universitario in:	Conseguito presso _____ Data: __/__/____ Voto: __/____



C. ATTIVITÀ PROFESSIONALE (ALLEGARE COPIA O AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000) ALLEGATO/I N. _____ (INDICARE IN ORDINE CRONOLOGICO)			
RUOLO*	DAL gg/mm/aaaa	AL gg/mm/aaaa	Ente/Struttura
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
	__/__/____	__/__/____	
<i>*specificare se full time o part time</i>			



D. ATTIVITÀ DI DOCENZA UNIVERSITARIA (ALLEGARE COPIA O AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R.445/2000) ALLEGATO/I N. _____

Materia di insegnamento:

CFU o ore docenza:

Presso Università:

Anno accademico:

Materia di insegnamento:

CFU o ore docenza:

Presso Università

Anno accademico:

E. INCARICHI DI TUTORATO UNIVERSITARIO (ALLEGARE COPIA O AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R.445/2000) ALLEGATO/I N. _____

Presso Università:

Anno accademico:

numero ore:

Presso Università:

Anno accademico:

numero ore:

Presso Università:

Anno accademico:

numero ore:

F. PUBBLICAZIONI SU MATERIE SPECIFICHE DELLA DISCIPLINA (ALLEGARE COPIA INTEGRALE DELLA PUBBLICAZIONE) ALLEGATO/I N. _____

Titolo:

Autori:

Rivista scientifica:

Titolo:



Autori: Rivista scientifica:
Titolo: Autori: Rivista scientifica:

G. ATTIVITÀ DI RICERCA (ALLEGARE COPIA DEL PROGETTO DI RICERCA) ALLEGATO/I N. _____
Gruppo di ricerca: Ruolo: Periodo attività:
Gruppo di ricerca: Ruolo: Periodo attività

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazione mendace, dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto riportato in questo CF è verità e fornisce, ai sensi del D.lgs 196/2003, il proprio consenso affinché tali dati personali, come pure quelli che potranno in futuro essergli/erichiesti ad integrazione dei suddetti, esclusivamente per scopi inerenti la procedura amministrativa in essere, vengono trattati e comunicati a terzi incaricati .

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità. Data

/ __/ __

Firma _____