|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Immagine1 | **Università degli Studi “G. d’Annunzio”**  Chieti - Pescara  *SCUOLA DI MEDICINA E SCIENZE DELLA SALUTE*  *Corso di Studi in Assistenza Sanitaria*  *Presidente: Prof. Tommaso STANISCIA* |  |

Al Presidente del

CdS in Assistenza Sanitaria

Prof. Tommaso Staniscia

**OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione per titoli per l’affidamento della funzione di Tutor nel Corso di Studi in Assistenza Sanitaria presso la ASL di Pescara per il triennio accademico 2025/2026-2027/2028.**

# 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   
 (Cognome e Nome)

chiede di essere ammesso/a alla selezione per titoli per l’affidamento della funzione di Tutor nel Corso di Studi in Assistenza Sanitaria - sede: ASL di PESCARA.

A tale fine (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 nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere di nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* codice fiscale
* di essere residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_\_)
* di avere il Domicilio Fiscale (se diverso dalla residenza) Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_\_)
* recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in servizio presso l’Unità Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Profilo Professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di essere in possesso dei seguenti requisiti:

* appartenere allo specifico profilo professionale del Corso di Studio cui è riferita la selezione;
* essere dipendente della ASL di Pescara;
* di avere un’esperienza professionale, di almeno 2 anni (con contratto a tempo indeterminato o determinato) nello specifico profilo professionale del Corso di Studio cui è riferita la selezione;
* di non trovarsi nel triennio accademico 2025/2026-2027/2028 nelle condizioni previste dalla Legge per il collocamento in quiescenza.

In caso di esito positivo della selezione, si impegna a:

* creare un contesto di tirocinio che faciliti l’accoglienza, l’integrazione e l’apprendimento dello studente;
* orientare e assistere lo studente, rendendolo attivamente partecipe al percorso formativo;
* assumere la funzione di “modello di ruolo” che guida lo studente nell’apprendimento professionale e supervisionarne l’attività;
* effettuare la valutazione formativa durante e al termine dell’esperienza di tirocinio;
* svolgere con impegno e competenza tale funzione;
* comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione sopraggiunta ai dati sopra riportati.

Allega alla presente fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità e *Curriculum vitae* datato e firmato, contenente indicazioni esaurienti sui titoli di studio, esperienza professionale, pregressa esperienza didattica e di tutoraggio.

Dichiara altresì:

di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata e che il trattamento è disciplinato dal D. Lgs. 101/2018”.

In fede

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI PREGA DI INVIARE PER MAIL LA DOMANDA DEBITAMENTE COMPILATA E FIRMATA ALL’INDIRIZZO tommaso.staniscia@unich.it ENTRO IL 25 LUGLIO 2025 ORE 12:00 (oltre tale termine le domande non verranno prese in considerazione)**