# Al Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia

# Università degli Studi di Palermo

***Oggetto: Domanda di affidamento di attività formative professionalizzanti per contratto A.A. 2025/2026***

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il ….../…../……., CF Residente a \_\_\_

Via n.\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo e-mail \_\_\_

Indirizzo PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personale delle Professioni Sanitarie in convenzione presso l’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In possesso di:

* Titolo abilitante: Laurea in Infermieristica □ Diploma Univ. I/DUSI □ Diploma Infermiere Professionale □

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Laurea Magistrale in

Conseguita/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto all’Ordine Professionale (OPI) della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** l’affidamento con contratto di diritto privato, gratuito, ai sensi dello specifico regolamento vigente:

(Esempio: I preferenza **SC. INFERM/02** Tirocinio/Laboratorio, anno **secondo**, **1** CFU, **30** ore)

* **□ I preferenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio/Laboratorio, Anno \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ CFU, \_\_\_\_\_ ore;**
* **□ II preferenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio/Laboratorio, Anno \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ CFU, \_\_\_\_\_ ore;**
* **□ III preferenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tirocinio/Laboratorio, Anno \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ CFU, \_\_\_\_\_ ore;**

**Corso di Laurea in Infermieristica, sede formativa di Palermo**

A tal fine **DICHIARA**, sotto la propria personale responsabilità

1. di essere stato tutor delle discipline professionalizzanti, nel Corso di Studi di Infermieristica, negli Anni Accademici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di non avere rapporti di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la procedura ovvero con il Rettore, il Direttore Amministrativo o un componente del consiglio di amministrazione dell’Ateneo (L. 30 dicembre 2010 n. 240 - articolo 18 comma 1 lettere b) e c)
3. di avere preso personalmente visione del presente avviso emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia con s**cadenza entro le 12,00 del 05/05/2025;**

Infine, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara veritiero quanto espresso nel curriculum e sul possesso dei titoli presentati ed allegati alla presente domanda.

Palermo, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_