# Allegato 1

# Al Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia

# Università degli Studi di Palermo

***Oggetto: Domanda di Tutor Didattico Professionalizzante A.A. 2024/2025***

Il/La sottoscritto/a nato/aa

il ….../…../…….,CF Residentea

Via n.\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Tel.

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzoe-mail

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

Personale delle Professioni Sanitariein serviziopressol’AOUP “P. Giaccone”

UO/reparto

In possesso di:

* Titolo abilitante: Laurea in Fisioterapia □

Diploma Universitario in Fisioterapia □

Altro titolo equipollente (da indicare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* Laurea Magistrale in

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

Iscritto all’Ordine Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’affidamento con contratto di diritto privato, gratuito, ai sensi dello specifico regolamento vigente, dell’incarico di Tutor Didattico Professionalizzante per il Corso di Laurea in Infermieristica, sede formativa Palermo, a.a. 20204/2025.

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) ec)
3. di avere preso personalmente visione del presente avviso emanato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia **prot. n.** **19853 del 05/02/2025 - Scadenza entro le ore 12:00 del 14/02/2025;**
4. di essere in possesso dei seguenti titoli:

**Allegato 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titolo** | | **TIPOLOGIA TITOLO** | **data (gg/m/aa)** | **DESCRIZIONE TITOLO** | | **Università (solo Università Pubbliche o Private accreditate e riconosciute dal MUR)** | **Punteggio parziale** | **Punteggio Massimo** |
| **Formazione universitaria** | **A** | **Dottorato di Ricerca (PhD)** |  |  | |  | 15 | **15** |
| **B** | **Master Universitari di 2° Livello** |  |  | |  | 3 | **6** |
| **Master Universitari di 2° Livello** |  |  | |  | 3 |
| **C** | **Laurea Magistrale della Classe Specifica:**  **LM SNT-1 □**  **LM SNT-2 □**  **LM SNT-3 □**  **LM SNT-4 □** |  | Votazione 110 e Lode/110; | |  | 11 | **11** |
| Votazione pari a 110/110; | |  | 10 |
| Votazione compresa tra 105 a 109/110; | |  | 9 |
| Votazione compresa tra 100 a 104/110; | |  | 8 |
| Votazione inferiore e uguale a 99/110 o non dichiarata | |  | 6 |
| **D** | **Altra Laurea Magistrale** |  |  | |  | 3 | **5** |
| **Altra Laurea Triennale** |  |  | |  | 2 |
| **E** | **Master Universitario di Tutoring nelle professioni sanitarie** |  |  | |  | 1,5 | **4** |
| **Master Universitari di I livello** |  |  | |  | 1 |
| **Master Universitari di I livello** |  |  | |  | 1 |
| **Corso Tutoring (formazione tutoriale UNIPA)** |  |  | |  | 0,5 |
|  | | **Attività Professionale Accademica** | **Anno accademico** | **Corso di Laurea** | **totali ore** | **Università** | **Punteggio parziale** | **Punteggio Massimo** |
| **Attività Professionale Accademica** | **F** | **Assegno di ricerca negli SSD MED/48** |  |  |  |  | 3 | **3** |
| **G** | **Direzione/Responsabile delle Attività professionalizzanti del Corso di Studi del profilo (negli ultimi 3 anni)** |  |  |  |  | 3 | **3** |
| **H** | **Incarico di professore a contratto nel SSD MED 45-50 (ultimi 5 anni)** |  |  |  |  | 2 | **6** |
| **Incarico di professore a contratto nel SSD MED 45-50 (ultimi 5 anni)** |  |  |  |  | 2 |
| **Incarico di professore a contratto nel SSD MED 45-50 (ultimi 5 anni)** |  |  |  |  | 2 |
| **I** | **Tutor Didattico Professionalizzante delle prof. sanitarie** |  |  |  |  | 2 | **6** |
| **Tutor Didattico Professionalizzante delle prof. sanitarie** |  |  |  |  | 2 |
| **Tutor Didattico Professionalizzante delle prof. sanitarie** |  |  |  |  | 2 |
| **L** | **Tutor di Laboratorio delle prof. Sanitarie (documentato dal CdS)** |  |  |  |  | 1,5 | **6** |
| **Tutor di Laboratorio delle prof. Sanitarie (documentato dal CdS)** |  |  |  |  | 1,5 |
| **Tutor di Laboratorio delle prof. Sanitarie (documentato dal CdS)** |  |  |  |  | 1,5 |
| **Tutor di Laboratorio delle prof. Sanitarie (documentato dal CdS)** |  |  |  |  | 1,5 |
| **M** | **Tutor Clinico delle prof. Sanitarie negli ultimi 5 anni** |  |  |  |  | 1 | **5** |
| **Tutor Clinico delle prof. Sanitarie negli ultimi 5 anni** |  |  |  |  | 1 |
| **Tutor Clinico delle prof. Sanitarie negli ultimi 5 anni** |  |  |  |  | 1 |
| **Tutor Clinico delle prof. Sanitarie negli ultimi 5 anni** |  |  |  |  | 1 |
| **Tutor Clinico delle prof. Sanitarie negli ultimi 5 anni** |  |  |  |  | 1 |
| **Pubblicazioni** | **N** | **Pubblicazioni Scientifiche inerenti al SSD specifico di fisioterapia (indicizzate su Pub-Med, Scopus, CINHAL o WOS) scrivere autori, titolo articolo, rivista, anno, volume e fascicolo, pagine (ultimi 5 anni)** | Anno Pubblicazione |  |  |  | 2 | **10** |
| **Pubblicazioni Scientifiche inerenti al SSD specifico di fisioterapia (indicizzate su Pub-Med, Scopus, CINHAL o WOS) scrivere autori, titolo articolo, rivista, anno, volume e fascicolo, pagine (ultimi 5 anni)** | Anno Pubblicazione |  |  |  | 2 |
| **Pubblicazioni Scientifiche inerenti al SSD specifico di fisioterapia (indicizzate su Pub-Med, Scopus, CINHAL o WOS) scrivere autori, titolo articolo, rivista, anno, volume e fascicolo, pagine (ultimi 5 anni)** | Anno Pubblicazione |  |  |  | 2 |
| **Pubblicazioni Scientifiche inerenti al SSD specifico di fisioterapia (indicizzate su Pub-Med, Scopus, CINHAL o WOS) scrivere autori, titolo articolo, rivista, anno, volume e fascicolo, pagine (ultimi 5 anni)** | Anno Pubblicazione |  |  |  | 2 |
| **Pubblicazioni Scientifiche inerenti al SSD specifico di fisioterapia (indicizzate su Pub-Med, Scopus, CINHAL o WOS) scrivere autori, titolo articolo, rivista, anno, volume e fascicolo, pagine (ultimi 5 anni)** | Anno Pubblicazione |  |  |  | 2 |
| **O** | **Abstract di convegni, seminari, pubblicati su atti (ultimi 5 anni) inerenti al SSD specifico di fisioterapia** |  |  |  |  | 1 | **4** |
| **Abstract di convegni, seminari, pubblicati su atti (ultimi 5 anni) inerenti al SSD specifico di fisioterapia** |  |  |  |  | 1 |
| **Abstract di convegni, seminari, pubblicati su atti (ultimi 5 anni) inerenti al SSD specifico di fisioterapia** |  |  |  |  | 1 |
| **Abstract di convegni, seminari, pubblicati su atti (ultimi 5 anni) inerenti al SSD specifico di fisioterapia** |  |  |  |  | 1 |
| **Istruttore** | **P** | **Istruttore ACLS/ALS** |  |  |  |  | 1,5 | **6** |
| **Istruttore PTC/ altro (specificare)** |  |  |  |  | 1,5 |
| **Istruttore PBLSD** |  |  |  |  | 1,5 |
| **Istruttore BLSD** |  |  |  |  | 1,5 |
| **Attività professionale** | **Q** | **Ruolo** | **Anno da- a** | **Azienda Ospedaliera/territoriale/struttura sanitaria** | **totali mesi** | **UU. OO** | punti 1 x anno o > 6 mesi | **Punteggio massimo** |
| **(operatore sanitario del profilo/coordinatore/dirigente)** | **gg/mm/aa** |
|  |  |  |  |  |  | **10** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTALE** | | | | | | | **100** |

1. **che 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;**
2. di esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto D.Lgs. 196/2003 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

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

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_