



MASTER IN COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE ed. 2019/2020

SCHEDA SINTESI TITOLI DA CURRICULUM PRESENTATO

Allegato 1

Cognome e nome (MAIUSCOLO) _____ Data nascita _____	<u>A cura della Commissione</u>
Porre una crocetta accanto al titolo/esperienza curriculare posseduta.	<u>NON COMPILARE!</u>
a) SCOLARITÀ (punti max 20)	↓
<i>1) Titolo abilitante all'esercizio della professione, fino a un max di punti 10 così suddivisi</i>	
<input type="checkbox"/> Diploma Regionale	punti 0
<input type="checkbox"/> Diploma Universitario	punti 5
<input type="checkbox"/> Laurea Triennale Titolo, data, ente/università _____	punti 10
<i>2) Altri titoli di studio SOLO UNIVERSITARI, fino a un max di punti 10 così suddivisi:</i>	
<input type="checkbox"/> Corso di perfezionamento Universitario Titolo, data, ente/università _____	punti 1
<input type="checkbox"/> Scuola di specializzazione/Master Universitario Titolo, data, ente/università _____ Titolo, data, ente/università _____	punti 3
<input type="checkbox"/> Altro Diploma Universitario Titolo, data, università _____	punti 5
<input type="checkbox"/> Altra Laurea (Triennale o Magistrale non sanitaria) Titolo, data, Università _____	punti 8
<input type="checkbox"/> Laurea Specialistica/Magistrale di Professione Sanitaria Titolo, data, università _____	punti 10
b) ANZIANITÀ DI SERVIZIO NEL RUOLO PROFESSIONALE ED EVENTUALI FUNZIONI DI COORDINAMENTO (punti max 20)	
<i>1) Anzianità di servizio professionale complessiva, fino a un max di punti 10 così suddivisi:</i>	
<input type="checkbox"/> Inferiore a 36 mesi da*(gg/mm/aaaa) _____ a _____	punti 0
<input type="checkbox"/> Da 36 mesi a 60 mesi da _____ a _____	punti 1
<input type="checkbox"/> Da 61 mesi a 144 mesi da _____ a _____	punti 10
<input type="checkbox"/> Oltre 144 mesi da _____ a _____	punti 5
<i>2) Funzioni di coordinamento nel Servizio Sanitario Nazionale (con delibera aziendale da allegare), fino a un max di punti 10 così suddivisi:</i>	
<input type="checkbox"/> Inferiore a 24 mesi da*(gg/mm/aaaa) _____ a _____	punti 5
<input type="checkbox"/> Superiore a 24 mesi da _____ a _____	punti 10
TOTALE	punti

* Indicare date complete di giorno, mese e anno per consentire di calcolare correttamente il periodo

Data _____

Firma _____