**Manifestazione di interesse**all’inserimentonell’elenco dei tutor in grado di guidare gli studenti iscritti al VI anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia nell'acquisizione di abilità e modelli comportamentali utili ad eseguire in modo corretto una riabilitazione cardio polmonare con defribrillatore – BLSD  
di cui all’Avviso della Scuola di Scienze della Salute Umana prot 79642 / 2016

|  |  |
| --- | --- |
| **Il/La sottoscritto/a** |  |
| nato/a a |  |
| il |  |
| residente in via |  |
| CAP, Comune e Provincia |  |
| cellulare |  |
| e­mail |  |

**in servizio presso**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Università di Firenze | Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi | Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer |
|  |  |  |

*Apporre una x in corrispondenza dell’Azienda di appartenenza*

|  |  |
| --- | --- |
| Dipartimento/DAI/SOD ….. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tempo determinato | Tempo indeterminato |
|  |  |

*Apporre una x in corrispondenza della tipologia contrattuale*

**Chiede di essere inserito**nell’elenco dei tutor in grado di guidare gli studenti iscritti al VI anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia nell'acquisizione di abilità e modelli comportamentali utili ad eseguire in modo corretto una riabilitazione cardio polmonare con defribrillatore – BLSD

**A tal fine dichiara di essere in possesso**

* di un diploma di Specializzazione (o titoli equipollenti) in

|  |  |
| --- | --- |
|  | Anestesia rianimazione e terapia intensiva |
|  | Cardiochirurgia |
|  | Geriatria |
|  | Malattie dell'apparato cardiovascolare |
|  | Medicina interna |
|  | Medicina d'Emergenza-Urgenza |

con provata esperienza di formazione in tema di riabilitazione cardio-polmonare con defibrillatore;

***oppure***

|  |  |
| --- | --- |
|  | di un attestato di formazione quale istruttore BLSD rilasciato da un’associazione riconosciuta a livello nazionale |

Dichiara altresì di essere consapevole che

* l’Avviso in oggetto non pone in essere alcuna procedura selettiva/concorsuale, né attribuzione di punteggi o altre classificazioni di merito, ma costituisce riferimento per l’individuazione di tutor ai quali sarà possibile affidare il ruolo di tutor guida per l’esecuzione di una riabilitazione cardio polmonare con defribrillatore.
* l’attività svolta quale tutor a seguito della presente manifestazione di interesse sarà riconosciuta
* ai medici dipendenti dell’Università di Firenze nell’ambito delle “Ulteriori attività assegnate dalle strutture competenti (tutorato, stage, corsi di recupero, corsi serali, didattica a distanza, orientamento)”
* ai medici dipendenti dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi o dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer come attività svolta in orario di servizio quale tutorato diffuso

**Allega alla domanda**

* curriculum vitae et studiorum con particolare riferimento ai titoli professionali, scientifici e accademici attinenti alle attività oggetto dell’Avviso
* fotocopia del documento di identità

|  |  |
| --- | --- |
| Per presa visione nulla osta del Responsabile della struttura d’afferenza. |  |
|  |  |
|  | Il/la Dichiarante |
|  |  |

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI  
(articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L’Amministrazione provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

(data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per presa visione, il/la dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_