

**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 Sanitarie in servizio presso l'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. 2024/2025.

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

- a) di essere stato tutor delle discipline professionalizzanti, nel Corso di Studi di Infermieristica, negli \_\_\_\_\_ Anni \_\_\_\_\_ Accademici: \_\_\_\_\_
- b) 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)
- c) 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;**
- d) 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
<b>Formazione universitaria</b>	<b>A</b>	Dottorato di Ricerca (PhD)					15	<b>15</b>
	<b>B</b>	Master Universitari di 2° Livello					3	<b>6</b>
		Master Universitari di 2° Livello					3	
	<b>C</b>	Laurea Magistrale della Classe Specifica: LM SNT-1 <input type="checkbox"/> LM SNT-2 <input type="checkbox"/> LM SNT-3 <input type="checkbox"/> LM SNT-4 <input type="checkbox"/>		Votazione 110 e Lode/110;			11	<b>11</b>
				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	
	<b>D</b>	Altra Laurea Magistrale					3	<b>5</b>
		Altra Laurea Triennale					2	
	<b>E</b>	Master Universitario di Tutoring nelle professioni sanitarie					1,5	<b>4</b>
		Master Universitari di I livello					1	
Master Universitari di I livello						1		
Corso Tutoring (formazione tutoriale UNIPA)						0,5		
		<b>Attività Professionale Accademica</b>	<b>Anno accademico</b>	<b>Corso di Laurea</b>	<b>totali ore</b>	<b>Università</b>	<b>Punteggio parziale</b>	<b>Punteggio Massimo</b>
<b>Attività Professionale Accademica</b>	<b>F</b>	Assegno di ricerca negli SSD MED/48					3	<b>3</b>
	<b>G</b>	Direzione/Responsabile delle Attività professionalizzanti del Corso di Studi del profilo (negli ultimi 3 anni)					3	<b>3</b>
	<b>H</b>	Incarico di professore a contratto nel SSD MED 45-50 (ultimi 5 anni)					2	<b>6</b>
		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	





	<b>TOTALE</b>							<b>100</b>

- a) **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;**
- b) 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, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_