### CONCORSO PER L’AMMISSIONE AL MASTER UNIVERSITARIO

### DI II LIVELLO IN

### COMPLESSITÀ E INTEGRAZIONE NELLE RETI DI CURE PALLIATIVE

### A.A. 2025/2026

*Modello da compilare digitalmente*

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI ANAGRAFICI** | |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Data e Luogo di nascita |  |
| Nazionalità |  |
| Residenza |  |
| Domicilio (se diverso da residenza) |  |
| Telefono cellulare |  |
| Indirizzo e-mail |  |
| Iscrizione all’Albo dei Medici Chirurghi | N. Iscrizione\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ Ordine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPERIENZA PROFESSIONALE** | | |
| **Attuale condizione professionale** | | |
| Denominazione struttura, indirizzo e città: | | |
| Unità Operativa: | | |
| Ruolo: | | |
| Breve descrizione delle attività svolte: | | |
| Data di inizio: | | |
| **Esperienza lavorativa precedente in ambito specifico di cure palliative** | | |
| 1 | Denominazione della struttura |  |
| Unità Operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal…al… |  |
| 2 | Denominazione della struttura |  |
| Unità Operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal…al… |  |
| 3 | Denominazione della struttura |  |
| Unità Operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal…al… |  |
| 4 | Denominazione della struttura |  |
| Unità Operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal…al… |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ulteriore esperienza lavorativa (non riportata nei precedenti box)** | | |
| 1 | Denominazione della struttura |  |
| Unità Operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal…al… |  |
| 2 | Denominazione della struttura |  |
| Unità Operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal…al… |  |
| 3 | Denominazione della struttura |  |
| Unità Operativa |  |
| Ruolo |  |
| Dal…al… |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA** | |
| Titolo Corso di Laurea |  |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di Laurea |  |
| **DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN:**  MEDICINA INTERNA  GERIATRIA  ONCOLOGIA MEDICA  MEDICINA DI COMUNITÀ E DELLE CURE PRIMARIE  EMATOLOGIA  MALATTIE DELL’APPARATO CARDIOVASCOLARE  MALATTIE DELL’APPARATO RESPIRATORIO  MALATTIE DELL’APPARATO DIGERENTE  MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI  NEFROLOGIA  NEUROLOGIA  PEDIATRIA  RADIOTERAPIA  ANESTESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE | |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di specialità |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EVENTUALE ALTRO DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE** | |
| Titolo Corso di Specializzazione |  |
| Università |  |
| Anno di conseguimento |  |
| Voto di specialità |  |
| **DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE** | |
| Struttura/Ente |  |
| Anno di conseguimento |  |
| **ESPERIENZA TRIENNALE CERTIFICATA NELL’AMBITO DELLE CURE PALLIATIVE** | |
| Struttura/Ente Certificatore |  |
| Annualità certificate |  |
| Anno di emissione certificato |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMAZIONE POST-LAUREA** | | |
| **DOTTORATO/MASTER/CORSI DI ALTA FORMAZIONE** | | |
| 1 | Tipologia formazione post-laurea | □ Dottorato  □ Master  □ Corso di Alta Formazione  □ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Denominazione/Titolo formazione post-laurea |  |
| Università/Struttura |  |
| Anno di inizio del percorso |  |
| Anno di conseguimento titolo |  |
| 2 | Tipologia formazione post-laurea | □ Dottorato  □ Master  □ Corso di Alta Formazione  □ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Denominazione/Titolo formazione post-laurea |  |
| Università/Struttura |  |
| Anno di inizio del percorso |  |
| Anno di conseguimento titolo |  |
| 3 | Tipologia formazione post-laurea | □ Dottorato  □ Master  □ Corso di Alta Formazione  □ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Denominazione/Titolo formazione post-laurea |  |
| Università/Struttura |  |
| Anno di inizio del percorso |  |
| Anno di conseguimento titolo |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMAZIONE IN AMBITO CURE PALLIATIVE** | | |
| 1 | Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Durata (in ore) |  |
| Formazione ECM | □ Si □ No |
| Modalità Formativa | □ FAD (Formazione a Distanza)  □ FSC (Formazione sul Campo)  □ RES (Residenziale) |
| 2 | Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Durata (in ore) |  |
| Formazione ECM | □ Si □ No |
| Modalità Formativa | □ FAD (Formazione a Distanza)  □ FSC (Formazione sul Campo)  □ RES (Residenziale) |
| 3 | Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Durata (in ore) |  |
| Formazione ECM | □ Si □ No |
| Modalità Formativa | □ FAD (Formazione a Distanza)  □ FSC (Formazione sul Campo)  □ RES (Residenziale) |
| 4 | Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Durata (in ore) |  |
| Formazione ECM | □ Si □ No |
| Modalità Formativa | □ FAD (Formazione a Distanza)  □ FSC (Formazione sul Campo)  □ RES (Residenziale) |
| 5 | Titolo |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Durata (in ore) |  |
| Formazione ECM | □ Si □ No |
| Modalità Formativa | □ FAD (Formazione a Distanza)  □ FSC (Formazione sul Campo)  □ RES (Residenziale) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMUNICAZIONI/DOCENZA A SEMINARI/CONVEGNI/CONGRESSI/CORSI**  **IN AMBITO CURE PALLIATIVE** | | |
| 1 | Titolo intervento |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| 2 | Titolo intervento |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |
| 3 | Titolo intervento |  |
| Ente Organizzatore |  |
| Data (giorno/mese/anno) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUBBLICAZIONI IN AMBITO CURE PALLIATIVE** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

|  |
| --- |
| **ULTERIORI INFORMAZIONI UTILI PER LA VALUTAZIONE DEL CURRICULUM VITAE**  *Riportare di seguito altre informazioni utili alla valutazione del proprio curriculum, ad esempio:*  *progetti inerenti all’ambito delle Cure Palliative; esperienze all’estero; esperienze significative per la propria crescita professionale, anche non strettamente connesse all’ambito delle Cure Palliative; eventuali pubblicazioni e docenze anche non strettamente connesse all’ambito delle Cure Palliative, ecc..* |
|  |

*Acconsento il trattamento dei dati personali contenuti nel presente CV in conformità al D. Lgs. 196/2003, integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 101/2018, e all’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  | Firma |  |