

Allegato 2

Domanda di iscrizione all'Albo Formatori del percorso formativo: Tecnico superiore per lo sviluppo e la gestione di soluzioni di informatica biomedica (TIB) - Biennio 2025-2027 (2^a annualità)

Nota introduttiva

I calendari delle lezioni saranno concordati con i docenti selezionati tenendo conto delle esigenze organizzative e logistiche della Fondazione.

Il presente Allegato 2 dovrà essere compilato, debitamente sottoscritto ed inviato secondo le modalità previste dall'Avviso all'art. 4.

NOTA BENE: I campi contrassegnati con l'asterisco (*) sono obbligatori.

IL CANDIDATO/LA CANDIDATA

DATI PERSONALI
*Nome:
*Cognome:
*Data di nascita:
*Nazione di nascita:
*Provincia di nascita:
*Comune di nascita:
*Codice Fiscale:
*Indirizzo di residenza:
*Provincia di residenza:
*Comune di residenza:
*Nazione di residenza:
*CAP:
*Telefono:
*E-mail:
*Partita IVA: ☐ Sì: numero ☐ No

DICHIARA

REQUISITI GIURIDICI E PROFESSIONALI
☐ *di avere cittadinanza italiana ovvero di uno degli stati membri dell'Unione Europea, fermo restando il disposto di cui al D.P.C.M. 7.02.1994 e successive modifiche ed integrazioni
☐ *di godere dei diritti civili e politici anche negli stati di appartenenza e provenienza
☐ *di non riportare condanne penali che comportino l'interdizione dai pubblici uffici o di condanne che se, incorse in costanza di rapporto di lavoro dipendente, possano determinare il licenziamento
☐ *di essere in possesso del seguente titolo di studio:
*di provenire:
☐ dal mondo del lavoro, avendo maturato un periodo di lavoro non inferiore a 3 anni nel settore specifico di riferimento (specificare nel CV il numero di anni)
☐ dal mondo della Scuola, Università e Formazione Professionale, avendo maturato almeno 3 anni di esperienza di insegnamento

REQUISITI PREFERENZIALI
Esperienze di docenza nel settore di riferimento:
☐ di aver maturato esperienza di docenza nel settore di riferimento, per _____ anni (in questo caso, si prega di specificare il tipo di attività nel CV)
☐ di non aver maturato esperienza di docenza nel settore di riferimento

ULTERIORI INFORMAZIONI:
Provenienza:
☐ Dipendente di azienda privata
☐ Dipendente pubblico
☐ Dipendente da scuola secondaria di secondo grado
☐ Dipendente dell'università
☐ Libero professionista
☐ Dipendente di un'azienda socia dell'ITS
☐ Altro (specificare): _____
Svolge attività professionale lavorativa:
☐ Nella regione FVG
☐ In altra regione in Italia
☐ Per aziende/enti in altro Paese

***SI CANDIDA PER IL SEGUENTE MODULO/I SEGUENTI MODULI:**

COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI CONNESSE ALLE SPECIFICITÀ DELLA FIGURA PROFESSIONALE		ORE
☐ MODULO 13	GESTIONE DIDATTICA	3
MODULO 14	ELEMENTI DI INFORMATICA MEDICA II	
☐ UF 1	ORGANIZZAZIONE SANITARIA E MODELLI DI PERCORSI INTRA ED EXTRA OSPEDALIERI 2	15
☐ UF 2	DISPOSITIVI MEDICI SOFTWARE, APP E MHEALTH	60
☐ UF 3	FONDAMENTI DI MANUTENZIONE PER SISTEMI INFORMATICI	40
☐ UF 4	MODELLI DI CARTELLA CLINICA, INFERMIERISTICA E SOCIO-SANITARIA ELETTRONICA	36
☐ UF 5	LABORATORIO DI PROGETTO INTEGRATO	60
MODULO 15	REALTÀ AUMENTATA, REALTÀ VIRTUALE E IA	
☐ UF 1	ELEMENTI DI REALTÀ AUMENTATA, REALTÀ VIRTUALE E REALTÀ MISTA	40
☐ UF 2	FONDAMENTI DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE	80

*Allega alla presente il proprio CV, firmato e con autorizzazione al trattamento dei dati personali e copia del documento d'identità.

Luogo e data: _____ Firma: _____