Il/La sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………….

**CHIEDE**

l’iscrizione all’Albo dei

( ) Periti

( ) Consulenti tecnici

di Codesto Tribunale

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali di cui all’art. del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000),

**DICHIARA**

* di essere nato/a……………………………………………………prov. ………il……………………….
* codice fiscale………………………………………………………….
* di essere residente in…………………………prov…….via……………………….…CAP……………
* indirizzo e-mail……………………………………….tel……………………cell………………………...
* indirizzo PEC (*obbligatorio*)……………………………………………………………………………
* di essere iscritto all’Albo

( ) infermieri dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di………..n. posizione……….dal…….

( ) infermieri pediatrici dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di………..n. posizione……….dal…………..

* di essere in possesso di titolo di laurea triennale o diploma universitario (*barrare titolo non conseguito*) in:

( ) Infermieristica

( ) Infermieristica Pediatrica

conseguito presso l’Università di ………………………………………………….. in data……………

* di essere in possesso del Diploma di Infermiere Professionale o Vigilatrice D’Infanzia (*compilare solo se il diploma non è stato rilasciato da Università, ma da Scuole Regionali o altri Enti di formazione non universitari*)

conseguito presso l’Ente……………………………………………………………in data……………

*seguono elementi da dichiarare previsti dall’art. 3 comma a) del Protocollo d’Intesa sottoscritto in data 10 ottobre 2019 presso il Tribunale di Trento di cui all’art. III commi 5 e 6 dell’accordo nazionale CSM/FNOPI/CNF.*

* di essere in possesso della Laurea Specialistica/Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

conseguito presso l’Università di ………………………………………………….. in data……………

* di esercitare la professione infermieristica da almeno 10 anni ( ) SI ( ) NO
* di non aver avuto, negli ultimi 5 anni, sospensioni disciplinari e di non avere in corso alcun procedimento disciplinare;
* di essere regolare con i crediti formativi e si impegna a dimostrare di aver assolto all’obbligo di formazione per il triennio 2014/2016, anche usufruendo dei recuperi previsti dalla delibera della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 27 settembre 2018;
* di aver conseguito i seguenti corsi di qualificazione e/o specializzazione conclusi con votazione finale (*corsi di perfezionamento, master universitari di 1° o 2° livello, dottorato,…*)

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno |
| Con la seguente valutazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno |
| Con la seguente valutazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno |
| Con la seguente valutazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

* di aver frequentato i seguenti corsi di aggiornamento o stage attinenti all’ambito professionale (*ultimi 5 anni - riportare i più rilevanti per durata e numero di crediti acquisiti*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione | | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno | |
| Durata del corso (in giorni o ore) giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Crediti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione | | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno | |
| Durata del corso (in giorni o ore) giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Crediti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione | | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno | |
| Durata del corso (in giorni o ore) giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Crediti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione | | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno | |
| Durata del corso (in giorni o ore) giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Crediti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione | | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno | |
| Durata del corso (in giorni o ore) giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Crediti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione | | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno | |
| Durata del corso (in giorni o ore) giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Crediti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione | | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno | |
| Durata del corso (in giorni o ore) giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Crediti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione | | |
| Conseguito presso (specificare l’ente organizzatore) | nell’anno | |
| Durata del corso (in giorni o ore) giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Crediti |

* di aver svolto la seguente attività didattica e tutoriale attinente all’ambito professionale (*ultimi 5 anni - specificare l’attività svolta e nel caso di più incarichi di docenza scegliere i 5 più rilevanti e pertinenti alla finalità del corso*)

1. Docenza

|  |  |
| --- | --- |
| Argomento/Disciplina | |
| Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …) | |
| Destinatari | |
| tipo di corso | totale ore incarico |
| Anno/i di svolgimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Argomento/Disciplina | |
| Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …) | |
| Destinatari | |
| tipo di corso | totale ore incarico |
| Anno/i di svolgimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Argomento/Disciplina | |
| Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …) | |
| Destinatari | |
| tipo di corso | totale ore incarico |
| Anno/i di svolgimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Argomento/Disciplina | |
| Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …) | |
| Destinatari | |
| tipo di corso | totale ore incarico |
| Anno/i di svolgimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Argomento/Disciplina | |
| Committente (Università, aziende sanitarie, enti privati …) | |
| Destinatari | |
| tipo di corso | totale ore incarico |
| Anno/i di svolgimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

1. attività formalmente attribuite di tutorato/supervisione studenti in tirocinio *(guida di tirocinio o infermiere supervisore)* o all’inserimento dei neo-assunti

descrivere: a) tipologia di corso; b) numero settimane/anno; c) unità operativa/servizio)

|  |
| --- |
|  |

* di aver svolto e svolgere la seguente attività professionale *(posizioni ricoperte e le attività svolte nella propria carriera: ruoli svolti, datore di lavoro/ente, struttura ove si è prestato servizio, periodi)*

|  |
| --- |
|  |

* di essere iscritto alle seguenti Società Scientifiche

|  |
| --- |
|  |

* di aver svolto la seguente attività di ricerca attinente all’ambito professionale

|  |
| --- |
|  |

* di essere autore/coautore delle seguenti pubblicazioni di cui indicare le cinque più rilevanti, a proprio giudizio, pubblicare negli ultimi dieci anni

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo | |
| Autori/Coautori | |
| Rivista | Anno di pubblicazione |

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo | |
| Autori/Coautori | |
| Rivista | Anno di pubblicazione |

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo | |
| Autori/Coautori | |
| Rivista | Anno di pubblicazione |

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo | |
| Autori/Coautori | |
| Rivista | Anno di pubblicazione |

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo | |
| Autori/Coautori | |
| Rivista | Anno di pubblicazione |

* di avere specifiche competenze nell’ambito di mediazione e di conciliazione delle controversie

|  |
| --- |
|  |

* di essere in possesso di attestazioni certificanti la conoscenza del processo telematico

|  |
| --- |
|  |

*seguono elementi da dichiarare previsti dall’art. 3 comma b) del Protocollo d’Intesa sottoscritto in data 10 ottobre 2019 presso il Tribunale di Trento di cui all’art. III commi 8 e 9 dell’accordo nazionale CSM/FNOPI/CNF.*

* di aver svolto i seguenti incarichi come perito o consulente tecnico d’ufficio o di parte in procedimenti civili o penali (art. 6 comma 10) o di particolare rilevanza sul piano scientifico

|  |
| --- |
|  |

*seguono elementi da dichiarare previsti dall’art. 3 comma c) del Protocollo d’Intesa sottoscritto in data 10 ottobre 2019 presso il Tribunale di Trento di cui all’art. IV comma 4 dell’accordo nazionale CSM/FNOPI/CNF.*

* di appartenere alla seguente area professionale, fra quelle indicate all’art. IV comma 4 dell’accordo nazionale CSM/FNOPI/CNG

( ) area cure primarie – servizi territoriali/distrettuali

( ) area intensiva e dell’emergenza/urgenza

( ) area medica

( ) area chirurgica

( ) area neonatologica e pediatrica

( ) area salute mentale e dipendenze

* di essere in possesso dei seguenti ulteriori elementi che ritiene utili ai fini della valutazione del proprio profilo di competenza da parte dell’Autorità Giudiziaria.

|  |
| --- |
|  |

Dichiara di prendere atto dell’obbligo di revisione triennale dell’Albo dei Periti e dei Consulenti Tecnici e si obbliga a comunicare cambiamenti e modifiche della sua situazione a pena della decadenza dell’iscrizione all’Albo stesso.

Data Firma

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