

Allegato 1: Domanda di Partecipazione

Bando del 04/02/2026 - Prot. n. 1017

Domanda di partecipazione per l'insegnamento di:

Corso ACLS EP AHA – Advanced Cardiac Life Support for Experienced Provider – American Heart Association

Il sottoscritto:

Nome		Cognome	
Codice Fiscale		Partita IVA	
Cittadinanza		Nato a, il	
Residente in via		CAP	
Città		Stato	
E-Mail		Telefono	
PEC:			
Qualifica:	Medico	Infermiere	
Ente di appartenenza e U.O. di lavoro			
Ateneo di appartenenza, Dipartimento di afferenza (solo per docenti di Università italiane)			
Titolo di Studio		Ulteriore titolo di studio (specialità, master)	
SSD (<i>solo docenti universitari</i>)		Dipartimento (<i>solo docenti universitari</i>)	
Ateneo (<i>solo docenti universitari</i>)		Tempo pieno/definito (<i>solo docenti universitari</i>)	

chiede di partecipare alla valutazione comparativa per l'attribuzione di:

Attività didattica	Advanced Cardiac Life Support for Experienced Provider – American Heart Association		
Sede	Schiavonia		
Ore di docenza	16	8	
Anno/Periodo	2026 Marzo - Agosto	Ore	
Domanda di partecipazione	Affidamento retribuito/Contratto a titolo retribuito		

DICHARA:

- ☐ di non avere un grado di parentela o di affinità fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente alla struttura che attribuisce il contratto ovvero con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di amministrazione
- ☐ di essere dipendente di Ente Pubblico (si ricorda che in tal caso l'attribuzione dell'incarico è subordinata al nulla osta dell'Ente di appartenenza)
- ☐ di essere dipendente di Università italiana ☐ di essere dipendente di Università straniere
- ☐ di essere docente a tempo pieno ☐ di essere docente a tempo definito
- ☐ di essere un libero professionista ☐ di essere un dipendente di ente privato
- ☐ di essere titolare di assegno di Ricerca ai sensi dell'art. 51 comma 6 Legge 449/97 o ai sensi dell'art. 22 Legge 240/2010 (si ricorda che in tal caso l'attribuzione dell'incarico è subordinata al nulla osta del Responsabile scientifico, ove presente, o del Direttore del Dipartimento presso cui svolge la propria ricerca)
- ☐ Anno di inizio di attività come istruttore ACLS EP AHA: ____
- ☐ Anno di inizio di attività come Training Center Faculty ACLS o ACLS EP AHA (eventuale): ____
- ☐ Anno di inizio di attività come Regional Faculty ACLS AHA (eventuale): ____
- ☐ Anno di inizio di attività come Coordinatore del Centro di Formazione AHA (eventuale): ____
- ☐ Anno di inizio di attività come Coordinatore del Centro di Formazione Satellite AHA (eventuale): ____
- ☐ Numero di corsi ACLS (Tradizionale, Esecutore, Update, Heartcode, Experienced Provider) AHA erogati negli ultimi quattro anni: ____
- ☐ Numero di corsi ACLS (Tradizionale, Esecutore, Update, Heartcode, Experienced Provider) AHA erogati negli ultimi due anni: ____
- ☐ Numero di corsi ACLS Experienced Provider AHA erogati negli ultimi due anni: ____
- ☐ Numero di corsi ACLS Experienced Provider AHA erogati con il Centro di Formazione AHA DIMED – UNIPD negli ultimi due anni: ____
- ☒ che ha la e-card Istruttore in corso di validità con il seguente ID: _____ rilasciata da (nome del centro di formazione internazionale AHA) _____;
- ☒ che è in possesso del manuale esecutore e istruttore in corso di validità per la disciplina oggetto del bando;
- ☒ che ha comunicato/comunicherà al centro di formazione primario la partecipazione al corso/ai corsi per la disciplina oggetto del bando con l'apposito modulo (eventuale):

DICHARA INOLTRE:

- ☒ di aver preso visione di tutte le condizioni presenti nel bando
- ☒ di essere a conoscenza che i dati personali forniti dai candidati sono trattati in forma cartacea o informatica, esclusivamente per le finalità di gestione della selezione e dei relativi affidamenti / contratti e saranno conservati dall'Università degli studi di Padova, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e al regolamento UE 2016/679 (GDPR), per il periodo strettamente necessario per l'utilizzo dei dati stessi nell'ambito del procedimento amministrativo correlato.
- ☒ che tutto quanto riportato precedentemente corrisponde al vero;

☒ che i documenti e/o titoli eventualmente presentati in fotocopia, sono conformi agli originali.

Allegati (in carta semplice):

- ☐ e-card ACLS EP AHA Istruttore in corso di validità
- ☐ Atto di notorietà indicante elenco con data, sede, e centro di formazione afferente per i corsi ACLS e ACLS EP AHA erogati
- ☐ eventuale e-card ACLS o ACLS EP AHA Training Center Faculty in corso di validità
- ☐ eventuale e-card ACLS AHA Regional Faculty in corso di validità
- ☐ eventuale atto di notorietà per la qualifica di Coordinatore di Centro di Formazione/Coordinatore di Centro di Formazione/Dipendente AHA
- ☐ nulla osta o copia della domanda di nulla osta presentata alla propria Università o Azienda
- ☐ fotocopia documento di riconoscimento