

Allegato 1: Domanda di Partecipazione

Bando del 04/02/2026 - Prot. n. 1016

Domanda di partecipazione per l'insegnamento di:

Corso ASLS AHA - Advanced Stroke Life Support – 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 (solo docenti universitari)		Dipartimento (solo docenti universitari)	
Ateneo (solo docenti universitari)		Tempo pieno/definito (solo docenti universitari)	

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

Attività didattica	Advanced Stroke Life Support – American Heart Association		
Sede	Schiavonia	Treviso	Padova
Ore di docenza	27	18	9
Anno/Periodo	2026 Marzo - Agosto	Ore	
Domanda di partecipazione	Affidamento retribuito/Contratto a titolo retribuito		

DICHIARA:

[] 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 italiane

[] 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 ASLS AHA: _____

[] Anno di inizio di attività come Training Center Faculty ASLS AHA (eventuale): _____

[] Anno di inizio di attività come Regional Faculty ASLS 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 ASLS Provider AHA erogati negli ultimi quattro anni: _____

[] Numero di corsi ASLS Provider AHA erogati negli ultimi due anni: _____

[] Numero di corsi ASLS Provider AHA erogati con il Centro di Formazione AHA DIMED – UNIPD negli ultimi due anni: _____

[X] che ha la e-card Istruttore in corso di validità con il seguente ID: _____ rilasciata da (nome del centro di formazione internazionale AHA) _____;

[X] che è in possesso del manuale esecutore e istruttore in corso di validità per la disciplina oggetto del bando;

[X] 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):

DICHIARA INOLTRE:

[X] di aver preso visione di tutte le condizioni presenti nel bando

[X] 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.

[X] 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 ASLS AHA Istruttore in corso di validità
- Atto di notorietà indicante elenco con data, sede, e centro di formazione afferente per i corsi ASLS AHA erogati
- eventuale e-card ACLS ASLS Training Center Faculty in corso di validità
- eventuale e-card ASLS 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