

ALLEGATO N 1

ATTENZIONE LA "LIBERA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI PER L'INNOVAZIONE E LE ORGANIZZAZIONI – LUSPIO" HA CAMBIATO LA DENOMINAZIONE DELL'ATENEO IN "UNIVERSITÀ DEGLI STUDI INTERNAZIONALI DI ROMA – UNINT", CONSERVANDO TUTTAVIA IL VECCHIO ACRONIMO "LUSPIO".

MODULO DI RILEVAZIONE RICOGNITIVA DEI BISOGNI FORMATIVI DEGLI ASSOCIATI DEL NURSING UP E CONTESTUALE PROPOSTA DI PRE ISCRIZIONE AI MASTER ORGANIZZATI PER I MEDESIMI DALL' UNIVERSITA' LUSPIO DI ROMA E/O DA PARTE DI ALTRO ATENEO INDIVIDUATO DAL NURSING UP NELL'AMBITO DI PROGETTI REALIZZATI IN PARTNERSHIP PER L'ANNO ACCADEMICO 2013/2014

OGNI CANDIDATO/A DEVE TENER PRESENTE CHE L'EVENTUALE INDICAZIONE ERRATA DEL PROPRIO INDIRIZZO E-MAIL E/O DI ALTRI DATI IMPORTANTI COMPORTA L'IRREPERIBILITA' PER VIA INFORMATICA CON LA CONSEGUENTE , POSSIBILE ESCLUSIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA .
PER TALE RAGIONE E' OBBLIGATORIO COMPILARE IL PRESENTE MODELLO IN STAMPATELLO.

Citta' _____ , li" _____

Il/ la sottoscritto/a : _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____ Residente in _____

via _____ Prov. Di (_____) CAP _____ **recapito telefonico**

fisso _____ / _____ **Mobile** _____ / _____ .

e-mail: _____ Qualifica _____ Ente

di appartenenza _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A AL SEGUENTE CORSO DI MASTER TELEMATICO IN ADESIONE ALLA CONVENZIONE NURSING UP/UNIVERSITA' LUSPIO DI ROMA E/O ALTRO ATENEO (barrare solo la voce sottostante relativa al Master di proprio interesse) :

Master di primo livello: **Management in funzioni di coordinamento** art. 6 comma 4, lettera a, della Legge del 1 febbraio 2006, n. 43.

Master di primo livello in : **Infermieristica forense e gestione del rischio clinico.**

Master di secondo livello : **Management sanitario e direzione di strutture complesse .**

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA', DI CONDIVISIONE E DI VOLONTA'

Il/La sottoscritto/a, sotto la mia personale responsabilità confermo come veritiere tutte le informazioni ascritte sulla presente istanza e dichiaro formalmente quanto segue :

1- Io sottoscritto, consapevole e condividere che la richiesta di cui al presente modulo assume valore esclusivamente ricognitivo , autorizzo Nursing Up , in qualsiasi momento ed in ogni caso in cui lo ritenesse opportuno , senza preclusioni e/o senza riserva alcuna, ad individuare e a consegnare il presente documento di pre-iscrizione ad un Ateneo diverso dall' Università LUSPIO, se del caso ritenuto ad insindacabile giudizio del Nursing Up medesimo , in grado di proporre alla mia attenzione i medesimi e/o analoghi e/o migliori o più interessanti percorsi formativi .

2- Di essere consapevole e di condividere che , in ogni caso , la presente richiesta non vincola alcuno e che lo scrivente, per quanto di propria competenza , potrà perfezionarla o meno , attraverso la prevista compilazione dei documenti ufficiali di iscrizione e successiva immatricolazione che saranno richiesti da parte dell'Università, anche mediante la fondazione FORMIT -soggetto collaborante nel caso dell'Università LUSPIO e comunque solo dopo aver valutato nel dettaglio le caratteristiche peculiari dello specifico corso al quale chiedo di accedere .

3- Di essere consapevole e di accettare che la locuzione utilizzata nel presente modulo per rappresentare i corsi , ferma la sostanza , potrà essere modificata da parte dell'Università LUSPIO in qualsiasi momento precedente l'immatricolazione e che l' Università si riserva, attraverso il bando ufficiale pubblicato sul proprio sito all'indirizzo www.unint.eu, di attivare i Master sulla base delle domande pervenute.

Inoltre, con specifico riferimento al Master di primo livello Management in funzioni di coordinamento lo scrivente si dichiara informato e consapevole che gli accordi tra l'Ateneo LUSPIO e il Nursing Up subordinano il riconoscimento delle condizioni economiche previste

per gli associati di quest'ultimo (costo del corso etc.), al raggiungimento di un numero minimo di pre-iscrizioni (di associati Nursing Up) consegnate da parte del sindacato, sempreché queste vengano tutte confermate da successiva e formale immatricolazione.

Lo scrivente si dichiara anche informato e consapevole che è facoltà dell' Ateneo in occasione di ogni edizione del Master di primo livello in funzioni di coordinamento , di riconoscere agli associati del Nursing up i benefici economici di cui al precedente capoverso anche in carenza del previsto raggiungimento del numero minimo di iscrizioni ivi indicato e che inerentemente ai Master della presente edizione egli potrà rivolgersi ai competenti uffici amministrativi e/o di segreteria indicati dall'Università nel proprio bando ufficiale al fine di conoscere ogni utile e precisa informazione su tale aspetto.

Lo scrivente si dichiara anche informato e consapevole che i Master potranno essere revocati e/o sospesi e/o modificati, insindacabilmente ed **in ogni momento precedente il perfezionamento dell'iscrizione.**

4- Di essere consapevole e di condividere che gli aspetti andragogici,quelli didattici , procedurali,organizzativi e formali delle attività teoriche e di tirocinio/stage (ove previsto) relativi ad ogni corso indicato nel presente modulo sono di univoca competenza dell'Università prescelta (nel caso dell'Ateneo LUSPIO questo si avvale della collaborazione della fondazione FORMIT) e/o degli altri soggetti dall'Università indicati come collaboranti , in tal senso riconosco e condivido che il Nursing Up è estraneo a tutto quanto direttamente e/o indirettamente correlato a tali aspetti liberandolo sin da ora di qualsiasi responsabilità e/o corresponsabilità al riguardo.

5- Di essere consapevole e di condividere che in caso di ammissione ad uno dei corsi al seguito elencati il discente si relazionerà sia per gli aspetti organizzativi, sia per gli aspetti formali e di contenuto della didattica esclusivamente con l'Università prescelta , nel caso dell'Ateneo LUSPIO anche attraverso la fondazione FORMIT, soggetto da questa indicato come collaborante .

6- Di essere consapevole e di condividere che la convenzione stipulata dal Nursing Up con l'Università LUSPIO di Roma , per la formazione dei propri associati , è stata realizzata per promuovere un progetto formativo caratterizzato dall'elevata qualità didattico andragogica ai costi più accessibili proprio al fine di consentire la frequenza anche ai soggetti appartenenti alle fasce meno abbienti e/o in difficoltà , per questa ragione il Nursing Up diffonde le informazioni relative ai Master e monitorizza i bisogni dei propri associati mediante l'acquisizione della presente modulistica di pre-iscrizione che potrà essere confermata o meno da parte del sottoscritto in ogni momento precedente la definitiva immatricolazione da parte dell'ateneo ; anche in tal senso lo scrivente condivide e riconosce sin da ora l'estraneità del Nursing Up ad ogni problematica direttamente e/o indirettamente connessa ai processi formativi, amministrativi e finanziari afferente ai corsi di cui al presente modello , che dovrà essere risolta, se del caso emergente, esclusivamente fra il soggetto interessato e l'Università.

7- Di essere consapevole e di condividere, in relazione ai Master previsti nel presente modello di pre-iscrizione, che è una mia personale , specifica ed univoca responsabilità assumere previamente dall'Università interessata e/o dalla fondazione FORMIT- nel caso dell'Università LUSPIO in quanto dalla medesima indicata come Ente collaborante, ogni tipo di informazione sul corso che intendo frequentare e conseguentemente, è rimesso al mio personale ed insindacabile giudizio di valutare le informazioni ricevute e di assumere la decisione finale ai fini del eventuale perfezionamento o meno dell'iscrizione definitiva / immatricolazione .

8 – Di aver letto , compreso ed accettato tutti i contenuti del bando pubblicato sul sito internet dell'Ateneo, all'indirizzo www.unint.eu, relativo al corso per il quale viene presentata la presente domanda di pre-iscrizione e di accettarli senza riserva alcuna.

Nel caso in cui la presente istanza fosse finalizzata alla pre-iscrizione al Master in Management in Funzioni di Coordinamento , con l'apposizione della propria firma lo scrivente dichiara di aver compiutamente riletto una seconda volta tutti i contenuti del bando ufficiale sopra riportato , ivi compresi quelli delle sezioni "durata e modalità del Corso" e " Modalità di erogazione del Corso" e di averli accettati senza riserva alcuna .

AUTORIZZAZIONE AI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI 1). Il/La sottoscritto/a prende atto della seguente informativa prevista dal Dlegvo 196/03 sul trattamento dei propri dati personali ed eventualmente sensibili : a) i dati saranno trattati da parte del Nursing Up e successivamente da parte dell'Università LUSPIO e dalla fondazione FORMIT e/o altro ateneo se del caso individuato dal Nursing Up , solo per le attività funzionali al corso ; b) i dati da dichiarare sono obbligatori ; c) le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere consistono nella non utilizzabilità ammissibilità ai corsi ; d) i dati personali saranno utilizzati esclusivamente per comunicazioni inerenti i corsi prescelti e non saranno comunicati a nessun soggetto terzo ; e) In base alla art 7 dlegvo 196/03 lei ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile. 2) Lei ha diritto di ottenere l'indicazione a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati. 3) lei ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. 4). Lei ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale c) Lei potrà inibirne in qualsiasi momento l'utilizzo secondo le seguenti modalità: 1) dal momento della sottoscrizione sino al momento dell'eventuale consegna del presente documento all'Università LUSPIO di Roma e/o alla Fondazione FORMIT con quest'ultima collaborante : con comunicazione scritta da inviarsi al legale rappresentante pro tempore del Nursing Up Via Carlo Conti Rossini, 26 - 00147 – ROMA . 2) in momento successivo all'eventuale consegna della presente documentazione all'Università LUSPIO di Roma e/o alla Fondazione FORMIT con la medesima collaborante, e/o ad altro ente Universitario prescelto dal Nursing Up e/o a soggetto con quest'ultimo collaborante ai fini della realizzazione del percorso formativo prescelto : con comunicazione scritta da inviarsi al legale rappresentante dell'Ente Universitario interessato ed al legale rappresentante degli altri soggetti prima indicati , e quelli che risultino eventualmente con quest'ultimo collaboranti ai fini della realizzazione dei corsi di proprio interesse . Tanto premesso e considerato il sottoscritto autorizza sin da ora e senza riserve il trattamento de i propri dati , se del caso anche sensibili , per le esigenze e finalità tutte previste ed autorizza altresì il Nursing Up sin da ora , qualora dallo stesso ritenuto necessario e senza riserva alcuna , di utilizzare l'indirizzo e/mail da me indicato nella presente istanza per ogni eventuale comunicazione successiva che sia direttamente e/o indirettamente correlata alle attività istituzionali svolte dal sindacato .
Letto, confermato e sottoscritto

LUOGO _____, DATA _____

FIRMA LEGGIBILE N. 1 _____

Ho letto nuovamente ogni singolo punto della presente **DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA', DI CONDIVISIONE E DI VOLONTA'**, rispettivamente dal numero 1) al numero 8) , dichiaro di averne compreso perfettamente contenuti e/o precetti e ne accetto i contenuti senza riserva alcuna.

FIRMA LEGGIBILE N. 2 _____

ALLEGATO 2

“ NURSING UP ”
Il Sindacato degli Infermieri Italiani

Luogo, _____ ò _____

Spett.le Università _____ (tramite il Nursing Up)
Sede

Attestazione possesso dei requisiti di accesso alla Convenzione Nursing Up/ LUSPIO

Ai fini dell'applicazione della Convenzione NURSING UP / _____ ,

stipulata in data _____ ,

si dichiara che il/la professionista Sig/Sig.ra/Dr/Drssa _____ , di cui
all'allegata domanda di pre-iscrizione:

- () Possiede tutti i requisiti previsti dalla Convenzione Nursing Up/ LUSPIO per l'accesso ai relativi benefici
- () Risulta afferire ad altra associazione “collaborante” con il Nursing Up

Il Dirigente Regionale Nursing Up (e/o altro dirigente sindacale incaricato dalla Sede Nazionale)
