

## ALLEGATO N 1

### DOMANDA-IPOTESI DI ADESIONE

MODULO DI RILEVAZIONE RICOGNITIVA DEI BISOGNI FORMATIVI DEGLI ASSOCIATI DEL NURSING UP E CONTESTUALE PROPOSTA DI PRE ISCRIZIONE AI MASTER PROPOSTI E OFFERTI AI MEDESIMI DALL' UNIVERSITA' UNINT DI ROMA E/O DA PARTE DI ALTRO ATENEO EVENTUALMENTE INDIVIDUATO DAL NURSING UP NELL'AMBITO DI PROGETTI REALIZZATI IN PARTNERSHIP PER L'ANNO ACCADEMICO 2022/2023

**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.**

Luogo \_\_\_\_\_ , Data \_\_\_\_\_

Il/ la sottoscritto/a : \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ Prov. Di ( \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

recapito telefonico fisso \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

e-mail \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**Segnala le proprie esigenze di formazione post base e, contestualmente, il proprio eventuale interesse ad essere AMMESSO/A AL SEGUENTE CORSO DI MASTER TELEMATICO, selezionato tra quelli oggetto della corrente offerta formativa nei confronti degli associati del Nursing Up (BARRARE SOLO UNA TRA LE VOCI SOTTOSTANTI , e cioè quella relativa al Master di proprio interesse) :**

## ATENEO UNINT- ROMA

( ) Master di II livello: *Management sanitario e direzione di strutture complesse*; (EURO 1.000,00)

( ) Master di I livello: *Metodologie tutoriali e di insegnamento clinico*: ( EURO 550,00)

( ) Master di I livello: *Management per funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie*;  
(EURO 550,00)

( ) Master di I livello: *Case manager infermieristico*; (EURO 550,00)

( ) Master di I livello: *Le professioni sanitarie forensi legali e assicurative*; (EURO 550,00)

( ) Master di I livello: *Infermiere di famiglia e di comunità: competenze manageriali*  
(EURO 550,00)

## **ALTRI EVENTUALI ATENEI - Nessuna proposta**

### **DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA', DI CONDIVISIONE E DI VOLONTA'**

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

**1- il sottoscritto** è consapevole ed accetta che la richiesta di cui al presente modulo assume valore esclusivamente ricognitivo, autorizza Nursing Up, in qualsiasi momento ed in ogni caso in cui lo ritenesse opportuno, senza preclusioni e/o senza riserva alcuna, a consegnare il presente modulo all'Ateneo che eroga il corso dallo scrivente selezionato. Ciò premesso, è anche consapevole ed accetta che laddove Nursing Up, per proprie insindacabili ragioni organizzative, non ritenesse di consegnare all'Ateneo che eroga il corso la presente istanza, la medesima non produrrà alcun tipo di effetto, e potrà essere distrutta in qualsiasi momento, senza particolari procedure e/o formalità.

**2-** Di essere consapevole e di accettare che, in ogni caso, la presente richiesta non vincola alcuno e che lo scrivente, per quanto di propria competenza, potrà decidere di perfezionarla o meno, attraverso la prevista compilazione dei documenti ufficiali di iscrizione e successiva immatricolazione che saranno richiesti da parte dell'Università interessata, tutto ciò, beninteso, solo dopo che il sottoscritto avrà valutato nel dettaglio le caratteristiche peculiari dello specifico corso al quale chiede di poter accedere. Parimenti il sottoscritto resta libero, prima dell'eventuale perfezionamento della propria iscrizione presso l'Ateneo oggetto della presente domanda, di rivolgermi ad altri Atenei per seguire i corsi di mio interesse, ivi compresi quelli oggetto della presente domanda.

**3-** Di essere consapevole e di accettare che la locuzione utilizzata nel presente modulo per rappresentare i singoli Master, potrà essere modificata da parte dell'Ateneo che eroga le attività formative in qualsiasi momento precedente l'immatricolazione, e che di norma lo stesso si riserva, anche attraverso il bando ufficiale pubblicato sul proprio sito, di attivare o meno i Master proposti nel presente modello, sulla base delle domande-ipotesi di adesione pervenute o per altre proprie motivazioni, il tutto a suo insindacabile giudizio.

Lo scrivente si dichiara anche informato e consapevole che i Master di cui al presente modello potranno essere revocati e/o sospesi e/o modificati da parte dell'Ateneo interessato, insindacabilmente ed in ogni momento precedente il perfezionamento dell'iscrizione.

**4-** Di essere consapevole e di condividere che tutti gli aspetti andragogici, quelli didattici, procedurali, organizzativi, formali ecc. ecc. delle attività teoriche e di tirocinio/stage (ove previsti) relativi ad ogni master indicato nel presente modulo, sono di univoca competenza dell'Università che eroga i corsi in tal senso lo scrivente riconosce e condivide 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 previsti nel presente modulo lo scrivente si relazionerà ,sia per gli aspetti organizzativi, sia per gli aspetti formali e di contenuto della didattica esclusivamente con l'Università interessata.

6- Di essere consapevole e di condividere che Nursing Up diffonde le informazioni relative ai Master proposti e monitorizza i bisogni dei propri associati mediante l'acquisizione della presente modulistica, 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 il sottoscritto accetta e riconosce sin da ora l'estraneità del Nursing Up ad ogni problematica direttamente e/o indirettamente connessa ai processi formativi, amministrativi ed economici afferenti ai corsi di cui al presente modello, che dovrà essere risolta, se del caso emergente, esclusivamente fra lo scrivente e l'Università.

7- Di essere consapevole ed accettare, in relazione ai Master proposti, previsti nella presente domanda-ipotesi di adesione, che il presente modulo, con i dati personali ivi contenuti, sarà consegnato all'Ateneo interessato , con decorrenza dal 28.12.2022, da parte del Nursing Up. Su univoca discrezionalità del Nursing Up, sul sito [www.nursingup.it](http://www.nursingup.it) sarà data eventuale informazione nel caso in cui il Nursing Up non dovesse procedere con la consegna della presente modulistica all'Ateneo che eroga il corso dallo scrivente selezionato, essendo il sindacato libero di interrompere in qualsiasi momento la presente procedura, come si è già detto, per proprie insindacabili ragioni organizzative .

Tanto premesso, il sottoscritto accetta e conferma che è propria personale , specifica ed univoca responsabilità di assumere personalmente , sin dall' emissione del bando ufficiale da parte dell' Ateneo che realizzerà il percorso formativo di mio interesse, ogni tipologia di informazione , anche **preventiva**, inerentemente ai contenuti ed ogni altra caratteristica del corso che intende frequentare, e/o che riterrà in ogni caso utile per confermare o meno la mia partecipazione al percorso indicato nella presente istanza. Conseguentemente, è rimesso al mio personale ed insindacabile giudizio di valutare le informazioni ricevute, la loro congruità rispetto alle mie esigenze, e di assumere la decisione finale ai fini dell' eventuale perfezionamento o meno della propria iscrizione definitiva / immatricolazione ai corsi offerti dall'Ateneo .

8 – Di essere consapevole che l'Ateneo che eroga i corsi oggetto della presente domanda , previa assunzione di propria univoca ed insindacabile decisione sull'attivazione o meno dei percorsi formativi di cui alla presente, emetterà il proprio bando ufficiale, che sarà pubblicato sul sito internet ufficiale del medesimo. Lo scrivente è altresì consapevole che in caso diverso, e quindi in carenza di pubblicazione del bando ufficiale da parte dell'Ateneo interessato o analogo provvedimento , la presente istanza decadrà automaticamente, intendendosi in tal caso priva di qualsiasi effetto.

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 ai numeri 1),2),6),7),8) , dichiaro di averne compreso perfettamente contenuti e/o precetti e ne accetto per la seconda volta i contenuti senza riserva alcuna.

**FIRMA LEGGIBILE N. 2** \_\_\_\_\_

Ho letto, compreso ed accettato integralmente la successiva “INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ARTICOLO 13 E 14 REGOLAMENTO (UE) 2016/679” che si compone di 8 (punti)

**FIRMA LEGGIBILE N. 3** \_\_\_\_\_

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ARTICOLO 13 E 14 REGOLAMENTO (UE) 2016/679 e D.L.vo 101/2018

Il/La sottoscritto/a prende atto della seguente informativa prevista dall'ex articolo 13 e e14 Regolamento 2016/79 e dal D. L.vo 101/18 , inerentemente ai dati contenuti nel presente modello di modulo domanda-ipotesi di adesione.

Finalità del trattamento e base giuridica

I dati contenuti nel presente modulo saranno trattati da parte del Nursing Up nei modi funzionali alla eventuale consegna dello stesso modulo all'Università che propone il corso da Lei stesso pre selezionato , solo per le attività funzionali alla sua eventuale partecipazione al medesimo ;

I dati contenuti nel presente modulo saranno utilizzati dal Nursing Up esclusivamente per eventuali comunicazioni inerenti il corso di suo interesse e per le altre attività funzionali e/o strumentali al procedimento di una eventuale sua ammissione ai percorsi preselezionati.

I dati da dichiarare sono obbligatori un eventuale rifiuto al conferimento degli stessi inibisce la partecipazione ai corsi indicati;

1. Titolare del trattamento

Fino al momento della eventuale consegna dei suoi dati personali ad uno dei soggetti sopra indicati, il titolare del trattamento è il Sindacato Nursing Up, con sede in Roma in Via Carlo Conti Rossini n. 26, mail: [privacy@nursingup.it](mailto:privacy@nursingup.it)

2. Categorie di destinatari

I dati personali saranno trasmessi, attraverso la consegna del presente modulo e con decorrenza dal 28 dicembre 2022, all'Università che propone il corso da Lei selezionato. Sul sito : [www.nursingup.it](http://www.nursingup.it), sarà data eventuale informazione nel caso in cui non si potesse procedere, su univoca discrezionalità del Nursing Up, per proprie insindacabili ragioni organizzative, con la consegna della presente modulistica all'Ateneo indicato. I dati non saranno comunicati a nessun ulteriore soggetto terzo.

3. Modalità del trattamento

Il trattamento dati avviene mediante strumenti idonei a garantire l'integrità, la riservatezza, e potrà essere effettuato oltre che con strumenti manuali anche attraverso strumenti informatici atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

La informiamo che i dati personali a Lei riferibili saranno trattati con modalità indicate dalla normativa che prevede tra l'altro che i dati stessi siano:

- trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato (liceità, correttezza e trasparenza);

- raccolti per finalità determinate, esplicite e legittime e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità;

- adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati (minimizzazione dei dati);

- esatti e, se necessario, aggiornati; vengono adottate tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (esattezza);
- conservati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ossia per fini informativi o per garantire i servizi richiesti dall'associato;
- trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali compresa la protezione mediante misure tecniche ed organizzative adeguate da trattamenti non autorizzati o illeciti ed alla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentale (integrità e riservatezza);

La informiamo che i dati personali da Lei forniti in questo documento potranno essere trattati all'interno della struttura dal titolare, solo dal personale autorizzato al trattamento dei dati afferente alle seguenti funzioni:

- amministrativo, contabile, segreteria, relazioni professionali, dirigenti sindacali.

I dati potranno essere comunicati, oltre che all'Ateneo che eroga il corso selezionato, a soggetti che svolgono funzioni strettamente connesse o strumentali alla corretta esecuzione del trattamento: a titolo esemplificativo e non esaustivo :dirigenti sindacali Nursing Up operanti presso la Sede Nazionale o presso le sedi locali che svolgono attività di assistenza agli associati o di coordinamento e per i quali i dati sono funzionali al servizio richiesto dall'associato con il presente modulo.

#### 4. Trasferimento di dati personali

I Suoi dati non saranno comunque oggetto di diffusione ad alcuno, oltre all'Ateneo che eroga il corso prescelto, e/o ai soggetti eventualmente selezionati dal Nursing Up funzionali allo scopo . I suoi dati non saranno trasferiti in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

#### 5. Periodo di conservazione

I dati sono conservati solo per le finalità descritte nell'informativa e verranno cancellati a decorrere dal dodicesimo mese dall'iscrizione.

#### 6. Diritti riconosciuti all'interessato

In ogni momento potrà esercitare, nei confronti del Titolare, i Suoi diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento.

In particolare, in qualsiasi momento, Lei avrà il diritto di chiedere:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la loro rettifica in caso di inesattezza degli stessi;
- la cancellazione;
- la limitazione del loro trattamento.

Avrà inoltre:

- il diritto di opporsi al loro trattamento se trattati per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare del Trattamento, qualora ritenesse violati i propri diritti e libertà fondamentali;
- il diritto di revocare in qualsiasi momento il Suo consenso in relazione alle finalità per le quali questo è necessario;
- il diritto alla portabilità dei Suoi dati, ossia il diritto di chiedere e ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali a Lei riferibili.

Lei potrà far valere i diritti indicati in precedenza in qualsiasi secondo le seguenti modalità:

Mediante comunicazione scritta da inviarsi al Nursing Up, nella persona del responsabile della protezione dei dati (DPO) domiciliato per tale attività in Roma in via Carlo Conti Rossini n. 26 telefono 06.5121699 mail [privacy@nursingup.it](mailto:privacy@nursingup.it), compilando la modulistica predisposta dal Nursing Up e disponibile sul sito del Sindacato.

Il Nursing Up informa inoltre che Lei avrà il diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo (Il reclamante potrà far pervenire l'atto utilizzando la modalità ritenuta più opportuna, **consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante** (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:

a) **raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma**

b) **messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it)** (questo indirizzo è configurato per ricevere SOLO comunicazioni provenienti da posta elettronica certificata)

#### 7. Profilazione

Il Nursing UP, non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Tanto premesso e considerato il sottoscritto autorizza sin da ora e senza riserve il trattamento dei propri dati, se del caso anche sensibili, per le esigenze e finalità tutte previste dalla presente informativa

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Autorizza il Nursing Up a trasmettere il presente modulo compilato e sottoscritto a tutti i soggetti indicati nella presente informativa per adempiere alle finalità del trattamento come sopra indicate.

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**“NURSING UP”  
Il Sindacato degli Infermieri Italiani**

Luogo, \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Spett.le Università \_\_\_\_\_ (tramite il Nursing Up)  
Sede

*Attestazione possesso dei requisiti di accesso all’offerta riservata agli iscritti Nursing Up.*

**Ai fini dell’applicazione dell’offerta formativa riservata agli iscritti Nursing Up , di cui alla nota di quest’ultimo in data 31 ottobre 2022- Ateneo UNINT-Roma.**

**Si \_\_\_\_\_ dichiara \_\_\_\_\_ che \_\_\_\_\_ il/la \_\_\_\_\_ professionista  
Sig/Sig.ra/Dr/Drssa \_\_\_\_\_, di cui  
all’allegata modulo domanda-ipotesi di adesione di modulo domanda-ipotesi di adesione:**

**( ) Possiede tutti i requisiti previsti dall’offerta di cui sopra, per l’accesso ai relativi benefici**

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

\_\_\_\_\_