



La Sapienza

Università degli Studi di Roma

MASTER UNIVERSITARIO di I Livello
in
“Terapia Enterostomale”
FACOLTA' di MEDICINA e CHIRURGIA I
AA 2003-2004

OBIETTIVI FORMATIVI

Il Master è un corso di I livello di durata annuale a tempo pieno rivolto ad Infermieri Professionali, secondo l'attuale normativa, interessati a sviluppare una concreta professionalità nel campo della terapia enterostomale e del trattamento di fistole, decubiti ed incontinenze urofecali, valida a livello nazionale ed europeo.

TITOLI DI AMMISSIONE

Il master è rivolto ad Infermieri Professionali in possesso di laurea triennale in Infermiere, Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche o titoli equiparati (Diploma Infermiere Professionale) secondo l'attuale normativa.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il termine ultimo per la presentazione delle domande di adesione al Master è fissato entro e non oltre il giorno 31 Dicembre 2003. Il numero minimo per l'attivazione del Master ammonta a n. 5 iscritti. Le domande dovranno essere inviate presso:

MASTER IN “TERAPIA ENTEROSTOMALE”
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE - POLICLINICO “UMBERTO I” – ROMA
DIR.: PROF. A. MONTORI - RESP.: PROF. F. LA TORRE - TEL./FAX.: 0649970501 - e-mail: latorre@uniroma1.it

PROVA DI AMMISSIONE

Nel caso in cui il numero delle domande al momento del termine ultimo per la presentazione superasse il numero di 30, allora verrà eseguita una prova di ammissione il giorno 7 Gennaio 2004, alle ore 11.30, presso l'Aula del “Dipartimento di Scienze Chirurgiche” del Policlinico “Umberto I” di Roma. Alla valutazione della prova di ammissione si aggiungeranno quelle inerenti i titoli presentati dai vari candidati. La graduatoria ed i risultati verranno comunicati entro e non oltre il giorno 9 Gennaio 2004 ed affissi presso la Segreteria del “Dipartimento di Scienze Chirurgiche”.

VALUTAZIONE TITOLI

Oltre alla prova di ammissione verranno presi in considerazione per l'accettazione delle domande: voto di diploma e sua attinenza con l'argomento del Master, pubblicazioni nazionali ed internazionali, ruolo occupato e sua durata.

ATTIVITA' FORMATIVA

Delle 1500 ore previste, il 50% è riservato a lezioni, esercitazioni, seminari, nonché attività ambulatoriale e di sala operatoria, ed il 50% alle ore di studio ed impegno personale. L'attività formativa teorico-pratica verrà svolta in cinque moduli didattici tematici da Gennaio a Dicembre. Al termine di ogni modulo didattico sarà svolta una verifica mediante prova scritta ed orale.

Le materie di insegnamento comprendono:

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------|
| - Anatomia Umana Normale; | - Oncologia Medica; | - Medicina Legale; |
| - Statistica Sanitaria; | - Urologia; | - Neurologia; |
| - Anatomia Patologica; | - Ginecologia ed Ostetricia; | - Medicina del Lavoro; |
| - Chirurgia Generale; | - Diagnostica per immagini e | - Nursing. |
| - Medicina Interna; | Radioterapia; | |
| - Gastroenterologia; | - Psicologia Medica; | |

Il Master, inoltre, prevede la realizzazione di attività seminariali specifiche sull'argomento.

Al completamento del Master sarà effettuata una prova finale consistente in una tesi e nella verifica orale da parte della Commissione Giudicatrice che, sulla base dei risultati degli esami relativi ai diversi moduli e della prova finale, conferirà, **n° 60 crediti formativi** ed il **Diploma di Master Universitario di primo livello in “Terapia Enterostomale”**.

QUOTA D'ISCRIZIONE

L'ammontare delle tasse di iscrizione è fissato a €1.500,00. Il Consiglio Didattico-Scientifico ha la facoltà di bandire borse di studio. Le tasse di iscrizione non possono in alcun caso essere rimborsate. Per l'AA in corso non è prevista la concessione di borse di studio.

Master universitario di primo livello in:
"TERAPIA ENTEROSTOMALE"

Anno 2003-2004

Al Responsabile del Master
Prof. Filippo LA TORRE
DIPARTIMENTO di SCIENZE
CHIRURGICHE
Viale del Policlinico 155 - 00161
Roma

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome) (codice fiscale)
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
(gg/mm/aa)
domiciliato in via/piazza _____ n. _____
città _____ prov. _____ C.A.P. _____
residente in via/piazza _____ n. _____
città _____ prov. _____ C.A.P. _____
telefono _____ e-mail _____
in possesso della laurea in _____ conseguita il _____ presso
(gg/mm/aa)
l'Università _____ con votazione _____/_____

chiede di essere ammesso al Master universitario di primo livello in " **Terapia Enterostomale**" per l'Anno Accademico 2003-2004.

Ai fini della valutazione per l'ammissione si allegano:

- curriculum vitae
- n. pubblicazioni

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e di approvare in ogni suo punto il citato bando e di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dallo stesso; dichiara inoltre che quanto indicato nella documentazione allegata alla presente domanda corrisponde a verità.

Indirizzo al quale si richiede l'invio delle comunicazioni:

via/piazza _____ n. _____
città _____ prov. _____ C.A.P. _____ telefono _____
e-mail _____

_____ Data

_____ Firma

Il trattamento di dati personali sopraindicati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla L. 675/96 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento di dati da parte dell'Università di Roma "La Sapienza" sarà esclusivamente finalizzato allo svolgimento delle funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi si potrà richiedere in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione. In relazione al trattamento dei predetti dati, il richiedente ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della citata L. 675/96. Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare quanto sopra riportato.

_____ Data

_____ Firma