***LIBRETTO DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE ADIBITO ALLE FUNZIONI DI CUI ALL’ART. 1, CO. 1, LETT. A), C), D) DEL D.M. 5 AGOSTO 2021***

* ***Un volta compilato, cancellare il testo in più e togliere le evidenziazioni***
* **NOME:**
* **COGNOME:**
* **ANNO DI NASCITA:**
* **C.F.:**
* **TITOLO DI STUDIO:**
* **FUNZIONE: (*specificare quale Funzione viene svolta tra A-C-D)***
* **APPLICAZIONE DELLA DISCIPLINA TRANSITORIA (art. 8, c. 1, del D.M.): 🞏 SI 🞏 NO**

***Se è stato selezionato* SI, *Indicare l’autorizzazione di un progetto in cui si è inseriti che attesti lo svolgimento della specifica funzione per almeno 18 mesi, nel periodo: 08/10/2016 -08/10/2021.***

**Aut. Min. n. + codice BDNS (da chiedere a RBA)**

* **Se è stato selezionato il “No”, inserire i riferimenti dei corsi di formazione effettuati (ai sensi del D.M 5/8/2021):**

*esempio: Modulo TEORICO*

***Modulo 1*** *Legislazione Nazionale, effettuato presso IZSLER, 2022, n. accreditamento: 257605 , n. crediti 3*

***Modulo 2*** *…*

*Esempio Moduli PRATICI:*

***Modulo 3.2****: Biologia appropriata di base e adeguata – Specie Topo/Ratto, svolto presso UNIPD , n. accreditamento: 526987966, n. crediti 4*

***Moduli 6****.2…*

* **OPBA COMPETENTE: Università degli Studi di Padova**
* **STABILIMENTI di UTILIZZO E NUMERO DI AUTORIZZAZIONE: (indicare lo stabilimento di utilizzo di afferenza e il relativo numero dell’autorizzazione)**
* **ENTE: Università degli Studi di Padova**
* **LEGALE RAPPRESENTANTE DELL’ENTE: Rettrice, prof.ssa Daniela Mapelli**
* **RBA: *(indicare il nome del Responsabile per il Benessere Animale)***
* **VETERINARI DESIGNATI: Alessandro Zotti, Ludovico Scenna**
* **RESPONSABILE DIRETTO/TUTOR *(Solo per il Tirocinio -indicare il/la Resp. Esecuzione)*:**

**la persona ha operato nel contesto del progetto con Aut. Min.: *……***

**operando con la specie: *(scegliere tra Topi-Ratti-Zebrafish- Poecilidi-ecc)*:**

* **DATA ESITO DEL TIROCINIO (art. 7, c. 3 del D.M. 5 agosto 2021): *(data in cui si è concluso: cioè dopo 3 mesi ed un giorno dalla data della prova pratica)***
* **DATA INIZIO ATTIVITÀ: *(data corrispondente al giorno dopo la conclusione del tirocinio di 3 mesi)***

**INVIARE Attestazione di Tirocinio A RBA e Segereteria**

***(Riguarda i corsi di AGGIORNAMENTO 🡪 Compilare dall’ anno successivo a quello di acquisizione degli attestati di formazione)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO** | **CORSO**  **(titolo evento)** | **CORSO**  **(titolo evento)** | **CORSO**  **(titolo evento)** | **CORSO**  **(titolo evento)** |
| *ENTE ORGANIZZATORE* |  |  |  |  |
| *MODULO FREQUENTATO* |  |  |  |  |
| *N. DI CREDITI ACQUISITI* |  |  |  |  |
| *DATA* |  |  |  |  |

**ATTIVITÀ FORMATIVE ULTERIORI RISPETTO AL D.M. 5agosto 2021  *(ACCREDTITATE)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMAZIONE** | **COMPETENZE ACQUISITE** |
| CONTENUTO |  |  |
| TUTOR/DOCENTE |  |  |
| DATA EROGAZIONE |  |  |
|  |  |  |
| DATA VERIFICA (ESITO) | ***Da compilare solo se attività lo prevede*** |  |
| FIRMA DEL RBA | ***Da compilare solo se attività lo prevede*** |  |
| EVENTUALE FIRMA DEL TUTOR | ***Da compilare solo se attività lo prevede*** |  |
| FIRMA DEL LAVORATORE | ***Da compilare solo se attività lo prevede*** |  |