

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000 e s.m.i.
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO DI
NOTORIETA')

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (prov di _____)

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti:

di essere in possesso della Laurea in
conseguita in data
presso l'Università degli Studi di

(duplicare il riquadro in caso di necessità)

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della provincia di
n° di iscrizione.....

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

1) Disciplina:
conseguito in data presso l'Università di

2) Disciplina:
conseguito in data presso l'Università di

altri titoli di studio (master, dottorato di ricerca, etc):

1) in:
conseguito in data presso

2) in:
conseguito in data presso

di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza presso le seguenti Amministrazioni/Enti:

denominazione Ente
(indicare se Ente Pubblico, Struttura accreditata o privata convenzionata o privata)

Sede di Via n.

profilo professionale **disciplina**
dal al (indicare giorno/mese/anno)
dal al (indicare giorno/mese/anno)
dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto a tempo determinato a tempo indeterminato
 a tempo pieno con impegno ridotto, ore settimanali
(croccettare la voce che interessa)

con interruzione del servizio (ad es. per aspettative, congedi, etc.):

dal al (indicare giorno/mese/anno)
per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)
per motivi

in caso di cessazione indicare la causa

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver prestato attività specialistica ambulatoriale:

denominazione Ente
(indicare se Ente Pubblico, Struttura accreditata o privata convenzionata o privata)

Sede di Via n.

nella branca di

dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.pro., collaborazione libero professionale, prestazione occasionale):

denominazione Ente
(indicare se Ente Pubblico, Struttura accreditata o privata convenzionata o privata)

Sede di..... Via..... n.

profilo/mansione/progetto
.....

dal al (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

motivo interruzione o causa di risoluzione
.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Ambiti di autonomia professionale (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati – ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura semplice dipartimentale, di struttura complessa):

tipologia di incarico

dal al

presso

descrizione attività svolta

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere una esperienza nell'ambito delle seguenti procedure (elencare la tipologia e il numero degli interventi):

.....

acquisita presso:
(indicare se Ente Pubblico, Struttura accreditata o privata convenzionata o privata e la relativa Struttura Complessa)

Sede di..... Via..... n.

dal al (indicare giorno/mese/anno)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Partecipazione a stages di addestramento professionale attinenti la disciplina presso strutture italiane od estere, con esclusione dei tirocini obbligatori.

Ente e luogo svolgimento.....

(indicare se Ente Pubblico, Istituto accreditato o Istituto privato convenzionato o privato)

Data/e di svolgimento..... num.giorni.....

oppure ore complessive.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dal al

presso

contenuti del corso

dal al

presso

contenuti del corso

di aver partecipato in qualità di RELATORE/MODERATORE/DOCENTE ai seguenti corsi, convegni, congressi riferiti all'ultimo decennio:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO Giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere **autore/coautore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa

(indicare: titolo lavoro, rivista, anno pubblicazione)

N.B. SOLO PUBBLICAZIONI INERENTI IL PROFILO A SELEZIONE, OGGETTO DI VALUTAZIONE SOLO SE ALLEGATE IN COPIA.

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-

(duplicare le righe se insufficienti)

