

## 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)*

