

**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:

**1) di essere in possesso della Laurea in** .....conseguita in data .....  
presso l'Università degli Studi di .....  
*(duplicare in caso di necessità)*

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

**3) di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:**

- Disciplina: .....  
conseguito in data ..... presso l'Università di .....
- Disciplina: .....  
conseguito in data ..... presso l'Università di .....

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

- in .....  
conseguito in data ..... presso .....
- in .....  
conseguito in data ..... presso .....

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

**denominazione Struttura** .....  
(indicare se Azienda S.S.N., 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)

**con rapporto**     a tempo determinato     a tempo indeterminato  
                   a tempo pieno                     con impegno ridotto, ore ..... sett.li  
(crocettare la voce che interessa)

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

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

**in caso di cessazione del rapporto indicare la causa** .....  
*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**6) di aver prestato attività specialistica ambulatoriale:**

denominazione Struttura.....  
 (indicare se Azienda S.S.N., 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 ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

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

denominazione Struttura.....  
 (indicare se Azienda S.S.N., 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 di interruzione o causa di cessazione: .....

*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**8) di aver prestato servizio all'estero o presso organismi internazionali:**

denominazione Struttura .....  
 (indicare se Ente/Struttura pubblica o privata)  
 sede di..... Via..... n. ....

**profilo professionale** ..... **disciplina** .....

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 ..... sett.li

(crocettare la voce che interessa)

motivo di interruzione o causa di cessazione: .....

**Servizio riconosciuto, ai sensi della Legge n. 735/60, equiparabile a quello prestato dal personale del ruolo sanitario con provvedimento del ..... n. .... in data .....**  
*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**9) Soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane od estere di durata non inferiore a tre mesi, con esclusione dei tirocini obbligatori :**

Ente e luogo svolgimento.....  
 (indicare la denominazione e la sede sia dell'Ente sia della Struttura ove è stata espletata l'attività)

**profilo professionale** ..... **disciplina** .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)  
 dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**10) 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 .....

denominazione dell'incarico .....  
dal ..... al .....  
presso .....  
descrizione attività svolta  
.....  
*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**11) di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:**

oggetto del corso .....  
dal ..... al ..... presso .....  
oggetto del corso .....  
dal ..... al ..... presso .....  
*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**12) di aver svolto attività didattica** (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione, presso scuole per la formazione di personale sanitario (esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionali, convegni, congressi)):

presso ..... nell'ambito del Corso di .....  
insegnamento ..... a.a. ....  
ore docenza ..... (specificare se complessive o settimanali)  
presso ..... nell'ambito del Corso di .....  
insegnamento ..... a.a. ....  
ore docenza ..... (specificare se complessive o settimanali)  
*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**13) di essere autore/coautore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, rivista, anno pubblicazione)

N.B. SOLO PUBBLICAZIONI RELATIVE ALL' ULTIMO DECENNIO ED ATTINENTI AL PROFILO RICHIESTO, **OGGETTO DI VALUTAZIONE SOLO SE ALLEGATE IN COPIA:**

- 1- .....  
.....  
.....  
2- .....  
.....  
.....  
3- .....  
.....  
.....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**14) di aver partecipato ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari etc...:**  
- quale **UDITORE**:

oggetto del corso ..... organizzato da .....  
tenutosi in ..... nei giorni ..... con impegno orario di complessive ore .....  
con superamento di esame finale ..... (indicare sì o no) ECM .....  
oggetto del corso ..... organizzato da .....

tenutosi in ..... nei giorni ..... con impegno orario di complessive ore .....  
 con superamento di esame finale ..... (indicare sì o no) ECM .....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

- in qualità di **RELATORE/MODERATORE/DOCENTE**

oggetto del corso ..... organizzato da .....  
 tenutosi in ..... nei giorni ..... con impegno orario di complessive ore .....  
 in qualità di ..... ECM .....

oggetto del corso ..... organizzato da .....  
 tenutosi in ..... nei giorni ..... con impegno orario di complessive ore .....  
 in qualità di ..... ECM .....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

### Altre attività

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**Le fotocopie allegate sono conformi all'originale.**

### **Si allega:**

- attestazione, relativa **alla tipologia sia delle istituzioni** (A.S.L.-A.O.-Enti ecc...) in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la propria attività **sia delle prestazioni** erogate dalle strutture medesime, rilasciata dall'Azienda presso la quale l'attività è stata svolta e riferita al decennio precedente la data di pubblicazione del presente avviso nella Gazzetta Ufficiale;
- **le casistiche**, anch'esse essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell'avviso per estratto nella G.U, che devono essere certificate dal Direttore Sanitario sulla base della attestazione del Direttore del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza.
- **fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.**

**Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai fini della presente procedura.**

**Dichiara di essere a conoscenza che la presente procedura concorsuale è soggetta alle forme di pubblicità di cui all'art. 15 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., inclusa la pubblicazione sul sito internet aziendale dei curricula presentati dai candidati che hanno sostenuto il colloquio.**

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

**Il/La dichiarante**

\_\_\_\_\_