**MOD.02**

**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 tempodeterminato a tempoindeterminato  a tempo pieno con impegno ridotto, ore …..….. settimanali  (**crocettare 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 aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari 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 aver svolto attività didattica** (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario:  presso ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. nell’ambito del  Corso di …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  insegnamento ………………………………………………………………………………………………….. a.a. …………………………………………………..  ore docenza ……………………………………………… (specificare se complessive o settimanali)  ***(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*** |

|  |
| --- |
| 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)*** |

|  |
| --- |
| **Altre attività/titoli**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  ***(duplicare le righe se insufficienti)*** |

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

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

**Il/la sottoscritto/a esprime, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai fini della presente procedura.**

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

**Il/La dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**