

SCHEMA

MOD 02)

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**  
**FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000 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 .....  
*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

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

- in .....  
 conseguito in data ..... presso .....  
*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**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

(croettare 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  
 (croccettare 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) di aver una esperienza nell'ambito delle seguenti procedure** (elencare la tipologia ed il numero degli interventi):

acquisita presso ..... sede di.....  
 (indicare se Ente/Struttura pubblica o privata)  
 Via..... n. .... dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)  
 tipologia interventi ..... n. ....

**10) Soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in strutture italiane od estere:**

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)  
*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**11) 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)*

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

oggetto del corso .....  
dal ..... al ..... presso .....

*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**13) 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)

*(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

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

N.B. SOLO PUBBLICAZIONI ATTINENTI AL PROFILO RICHIESTO, OGGETTO DI VALUTAZIONE SOLO SE ALLEGATE IN COPIA:

1- .....  
.....

2- .....  
.....

**15) 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 si 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 .....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**Altre attività**

.....  
.....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

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

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

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

**Il/La dichiarante**

\_\_\_\_\_