

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 inconseguita 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
 (croceettare 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
