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

- in ………….…………………………………………………………………………………

 conseguito in data …………………………. presso ………………………………………….

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

**3) 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)

**con rapporto** atempodeterminato a tempo indeterminato

 a tempo pieno part-time, 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 ………………………………………………………………………………………….

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

per motivi ………………………………………………………………………………………….

**in caso di cessazione del rapporto indicare la causa** ……………………………………………

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

**4) 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 di interruzione o causa di risoluzione: ………………………………………………………

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

**5) 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 )

presso …………………………….. nell’ambito del Corso di ………………………………………

insegnamento ……………………………………………… a.a. ……………………………………

ore docenza ……………………………………………… (specificare se complessive o settimanali)

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

**6)** di aver partecipato in qualità di **RELATORE/MODERATORE/DOCENTE** 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………………………

Ente organizzatore…………………………………Titolo del corso………………………… periodo (giorno, mese, anno- dal\_\_\_al\_\_\_)…………………………ore ……….luogo di svolgimento………………………. ECM………………………

***(duplicare le righe se insufficienti)***

**7)** 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………………………

Ente organizzatore…………………………………Titolo del corso………………………… periodo (giorno, mese, anno- dal\_\_\_al\_\_\_)…………………………ore ……….luogo di svolgimento………………………. 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)***

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

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

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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**

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