

**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:**

1) Disciplina.....  
conseguito in data ..... presso l'Università di .....

2) Disciplina.....  
conseguito in data ..... presso l'Università di .....

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

1) in:.....  
conseguito in data ..... presso l'Università di.....

2) in:.....  
conseguito in data ..... presso l'Università di.....

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

**denominazione Ente.....**  
(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)

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

con rapporto  a tempo determinato  a tempo indeterminato  
 a tempo pieno  part-time, ore ..... settimanali

(crocettare la voce che interessa)

specificare, nell'ipotesi di servizio a rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso Aziende del S.S.N:

che per i succitati servizi non ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n° 761/79;

che per i succitati servizi ricorrono le condizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. n° 761/79 e che la misura della riduzione è pari a \_\_\_\_\_;

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 Ente.....

(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 Ente.....

(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) 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 ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

**9) di avere una esperienza nell'ambito delle seguenti procedure** (elencare la tipologia e il numero degli interventi):

.....

acquisita presso:.....

(indicare se Azienda S.S.N.,Ente Pubblico, Struttura accreditata o privata convenzionata o privata)

Sede di..... Via..... n. ....

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

(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

**10) partecipazione a stages di addestramento professionale attinenti la disciplina presso strutture italiane od estere, con esclusione dei tirocini obbligatori:**

Ente e luogo di svolgimento.....

(indicare se Ente Pubblico, Istituto accreditato o Istituto privato convenzionato o privato)

Data/e di svolgimento.....num.giorni.....

oppure ore complessive.....

(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

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

dal..... al.....  
 presso.....  
 contenuti del corso.....

dal..... al.....  
 presso.....  
 contenuti del corso.....

**12) di aver partecipato in qualità di RELATORE/MODERATORE/DOCENTE ai seguenti corsi, convegni, congressi:**

oggetto del corso.....organizzato da.....  
 tenutosi in ..... nei giorni.....con impegno orario di complessive ore .....  
 in qualità di.....  
 oggetto del corso.....organizzato da.....  
 tenutosi in ..... nei giorni.....con impegno orario di complessive ore .....  
 in qualità di.....  
 (duplicare le righe se insufficienti)

**13) Di aver partecipato quale UDIATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:**

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

**14) di aver svolto attività didattica presso Enti Pubblici (attività svolta presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione)**

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)

**15) di essere autore/coautore dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, rivista, anno pubblicazione)****OGGETTO DI VALUTAZIONE SOLO SE ALLEGATE IN COPIA:**

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

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

*(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.**

....., li .....

**Il/La dichiarante**

.....