

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
(duplicare in caso di necessità)

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

1) in:.....
conseguito in data presso l'Università di.....
(duplicare in caso di necessità)

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 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)

7) di avere una esperienza nell'ambito delle seguenti procedure (elencare la tipologia e il numero):

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

(crocettare la voce che interessa)

motivo di interruzione o causa di cessazione:
(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

9) 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)

10) di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

oggetto del corso

dal al presso

(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

11) 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)

12) 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-

13) 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
