**Allegato n. 4**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

(formulato ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000: dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)

Il sottoscritto ….…………………….………………………………….…..…………………………………,

nato a …………………………………..…………………………… il ……..………………………….., residente in ………………………………………… via ………………………….………………………….

**consapevole secondo quanto prescritto dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000 s.m.i, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,**

**DICHIARA**

i seguenti stati e fatti personali:

**Titoli di studio post Laurea** (Specializzazione, dottorato di ricerca, master, etc.)

- …..…………………………………..…………………………………………………………………..……..

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

 -………………….……………………………………..……………………………………………………….

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

**Attività di servizio in qualità di Dirigente presso altre ASL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ente******(specificare sede)*** | ***dal*** | ***al*** | ***disciplina*** | ***Tempo indeterm/determ***  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Altre attività presso Pubbliche Amministrazioni**

Attività svolta nel profilo professionale di…………………….……………………………………………

presso (denominazione e sede ente) …………………………..…………………..………………………

a titolo di: …………………………………………………………………………………………………….

dal …………………….……al …….………..………….……….

Impegno orario settimanale ………... ....

**Attività presso strutture private**

Attività svolta dal ………………al …….………..

nel profilo professionale di………………………………………………………….……….

presso (esatta denominazione e indirizzo struttura)……………………………..………….…….………

Tempo indeterminato / tempo determinato (cancellare l’ipotesi che non interessa)

Tempo pieno / tempo parziale: per n. ……….…ore settimanali / percentuale ………….….. ..

(cancellare l’ipotesi che non interessa)

N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza

**Attività di docenza**

Titolo del Corso ………………………………………………………………………………………...........

Ente Organizzatore …....................................................................................................………..........

a.a. / a.s. ……………… oppure: data di svolgimento ………………………ore docenza n. …………

Materia di insegnamento:..........................…………………………………………………………………

**Pubblicazioni, abstract / poster / altro**

Titolo: …………………………………………………………………………………………………………

Rivista scientifica / altro ………………………………………… ..………………………………………..

Anno: ………..

**Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, etc.**

Denominazione del corso:…………………………………………………………… ……………………..

Ente organizzatore e luogo svolgimento ………………………………………… ……………………….

Data/e di svolgimento ……………………………………num. giorni….… oppure ore compless ….…

Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame finale; se con ECM e quanti) ……………………………………………………………………………………………

**Esperienza professionale**

(Il candidato può dichiarare ogni altro elemento utile a dimostrare le conoscenze, le competenze e le esperienze particolarmente orientate ed attinenti all’incarico da ricoprire, ovvero di particolare significatività, nonché i risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati)

……………………………………………………………………………………………..……………...…….

…………………………………..…………………………………………………………………………..…..

…………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

Luogo e data …………….  **FIRMA** …………………………..