

**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') –
DELIBERAZIONE N. _____ DEL _____**

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
- Disciplina:
conseguito in data presso l'Università di

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

- in
conseguito in data presso
- in
conseguito in data presso

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
(crociare 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
(crociare 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) Soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane od estere di durata non inferiore a tre mesi, con esclusione dei tirocini obbligatori :

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)
dal al (indicare giorno/mese/anno)
(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

10) 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)

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

oggetto del corso
dal al presso
oggetto del corso
dal al presso
(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

12) 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)
presso nell'ambito del Corso di
insegnamento a.a.
ore docenza (specificare se complessive o settimanali)
(duplicare ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

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

N.B. SOLO PUBBLICAZIONI RELATIVE ALL' ULTIMO DECENNIO ED ATTINENTI AL PROFILO RICHIESTO, OGGETTO DI VALUTAZIONE SOLO SE ALLEGATE IN COPIA:

- 1-
.....
.....
- 2-
.....
.....
- 3-
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

14) 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 sì o no) ECM

oggetto del corso organizzato da
tenutosi in nei giorni con impegno orario di complessive ore
con superamento di esame finale (indicare sì 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

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:

- attestazione, relativa **alla tipologia sia delle istituzioni** (A.S.L.-A.O.-Enti ecc...) in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la propria attività **sia delle prestazioni** erogate dalle strutture medesime, rilasciata dall'Azienda presso la quale l'attività è stata svolta e riferita al decennio precedente la data di pubblicazione del presente avviso nella Gazzetta Ufficiale;
- **le casistiche**, anch'esse essere riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell'avviso per estratto nella G.U, che devono essere certificate dal Direttore Sanitario sulla base della attestazione del Direttore del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza.
- **fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.**

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai fini della presente procedura.

Dichiara di essere a conoscenza che la presente procedura concorsuale è soggetta alle forme di pubblicità di cui all'art. 15 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., inclusa la pubblicazione sul sito internet aziendale dei curricula presentati dai candidati che hanno sostenuto il colloquio.

_____, li _____

Il/La dichiarante
