**ALL. 2)**

**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’) – DETERMINAZIONE 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 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** di………………………….n° di iscrizione…………………………………..

**3) di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:**

Disciplina: ………………………………………………………………………………

conseguito in data ………… presso l’Università di ……………………………………

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

ovvero di essere medico di formazione specialistica iscritto all’ultimo anno del corso nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero di essere medico di formazione specialistica iscritto al penultimo anno del corso nella disciplina di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in caso di corso di durata quinquennale)

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

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

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

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

**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** atempodeterminato a tempo indeterminato

a tempo pieno con impegno ridotto, ore …..…. sett.li

**(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. 76171979;
* che per i succitati servizi ricorrono le condizioni di cui all’art.46 del D.P.R. 761/1979 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 aver prestato attività specialistica ambulatoriale:**

**denominazione Struttura** ………………………………………………………………………….

(indicare se Ente Pubblico, Struttura accreditata o privata convenzionata o privata e la relativa Struttura Complessa)

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)***

**8) di aver una esperienza nell’ambito delle seguenti procedure** (elencare la tipologia ed il numero) **:**

acquisita presso ………………………………………………………………………………….

(indicare se Ente Pubblico, Struttura accreditata o privata convenzionata o privata e la relativa Struttura Complessa)

sede di………………………………………… Via…………………… n. …………… dal ………… al …………… (indicare giorno/mese/anno)

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

**9) di aver prestato servizio all’estero o presso organismi internazionali:**

**denominazione Struttura** ………………………………………………………………………….

(indicare se Ente Pubblico, Struttura accreditata o privata convenzionata o privata e la relativa Struttura Complessa)

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 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)***

**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 ………………………………….

***(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)

***(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 ATTINENTI AL PROFILO RICHIESTO, **OGGETTO DI VALUTAZIONE SOLO SE ALLEGATE IN COPIA**:

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

**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 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**

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