

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 inconseguita in data
 presso l'Università degli Studi di
(duplicare in caso di necessità)

2) di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici din° 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 a tempo determinato 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. 761/1979;
 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 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)

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
