**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE AVVISO PUBBLICO PER L’ATTRIBUZIONE DELL’INCARICO DI DIRETTORE MEDICO U.O.C. CENTRO DI SALUTE MENTALE CD-RP GIULIANOVA.**

( da redigere su carta semplice e da compilare in modo leggibile, preferibilmente dattiloscritta).

Al Direttore Generale dell'Azienda USL di Teramo

Circonvallazione Ragusa n. 1 - 64100 Teramo

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ a partecipare all’avviso di pubblica selezione per l’attribuzione dell’incarico di Direttore Medico dell’U.O.C. Centro di Salute Mentale CD-RP Giulianova - disciplina di “Psichiatria”.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**:**

* di chiamarsi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_, CAP. \_\_\_\_;

FAC-SIMILE

* di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
* di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ovvero di non avere riportato condanne penali;
* di essere in possesso del Diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_- presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all'Albo dell'Ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione \_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durata del corso anni \_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di essere in servizio di ruolo presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere, per quanto riguarda gli obblighi militari, nella seguente posizione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare giorno, mese, anno di inizio e giorno, mese, anno di fine, corpo e grado di appartenenza);
* di aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche amministrazioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
* di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa alla presente pubblica selezione: Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_, Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere stato escluso dall’elettorato attivo;
* di non essere stato dispensato dall’impiego presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa).
* di avere/non avere riportato condanne penali e/o di avere/non avere procedimenti penali in corso (la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa); diversamente dovranno essere dichiarate anche le condanne a pena condizionalmente sospesa ed in generale dovrà essere dichiarata la tipologia di condanna e/o di procedimento penale in corso;
* di essere/non essere stato licenziato a seguito di procedimento disciplinare ovvero di avere/non avere procedimenti disciplinari in corso; (la mancata dichiarazione al riguardo sarà equiparata, ad ogni effetto di legge, a dichiarazione negativa), diversamente dovrà essere dichiarata la tipologia di sanzione espulsiva comminata e/o di procedimento disciplinare in corso;
* di essere/non essere stat\_ dispensat\_ dall'impiego presso pubbliche amministrazioni e di essere/non essere esclus\_ dall'elettorato attivo;
* di aver pagato il contributo di partecipazione alla procedura di selezione, non rimborsabile, di euro 10,00 (dieci/00), in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mediante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*allegare attestazione*);
* di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196;
* di possedere un’adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini degli altri Paesi dell’Unione Europea).

Allega la documentazione indicata nell'unito elenco descrittivo.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D’IDENTITA’ IN CORSO DI VALIDITA’**

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE** |

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso di pubblica selezione per l’attribuzione dell’incarico di Direttore Medico dell’U.O.C. Centro di Salute Mentale CD-RP Giulianova - disciplina di “Psichiatria”.

ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;

informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;

## DICHIARA

- Di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- Di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio della professione in data \_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_;

- Di essere in possesso della specializzazione nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - durata legale del corso anni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

FAC-SIMILE

- Di essere in possesso dell’ulteriore titolo di studio:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- Di essere iscritto/a all’Albo dell’Ordine dei Direttore Medico della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_ ;

- Di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili:

Attestati di partecipazione a congressi, convegni, aggiornamento, diplomi di specializzazione, formazione, qualificazione tecnica, ecc. (**Ai fini della valutazione è necessaria una dettagliata descrizione)**

* Denominazione del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolto nel/i giorno/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Crediti E.C.M. N. \_\_\_\_\_\_;
* Denominazione del corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolto nel/i giorno/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Crediti E.C.M. N. \_\_\_\_\_\_;

Altra idonea documentazione da cui sia possibile dedurre attitudini professionali in relazione alle mansioni da svolgere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data)

Il dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.**

**Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie e previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettano di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.**

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ** |

(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa -)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso di pubblica per l’attribuzione di incarico di Direttore Medico dell’U.O.C. Centro di Salute Mentale CD-RP Giulianova - disciplina di “Psichiatria”

ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del succitato D.P.R.;

informato/a su quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;

**DICHIARA**

* + di aver pagato il contributo di partecipazione alla procedura di selezione, non rimborsabile, di euro 10,00 (dieci/00), in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mediante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*allegare attestazione);*
  + di aver prestato i seguenti servizi:
* dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ Ente Pubblico ❑ Ente privato ❑ Ente privato convenzionato SSN
* ❑ lavoro subordinato ❑ libero professionale ❑ collaborazione coordinata e continuata ❑ Specialistica ambulatoriale
* N. ore sett.li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara, altresì, che non ricorrono le condizioni di cui all’ultimo comma dell’ 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761.

FAC-SIMILE

***(in mancanza di uno degli elementi di cui sopra non si procederà all’attribuzione del relativo punteggio)***

* + dichiara le seguenti pubblicazioni:

Titolo del lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riferimento bibliografici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**delle pubblicazioni indicate il/la sottoscritto/a deve allegare fotocopia semplice conforme agli originali in suo possesso.**

* + altri titoli: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* + dichiara che le seguenti copie sono conformi all’originale:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data) Il dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B.** La firma in calce alla presente non dovrà essere autenticata.

Alla dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà **dovrà essere allegata copia fotostatica**, **fronte/retro, di un documento di identità del sottoscrittore.**

**Le dichiarazioni sostitutive devono contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie e previste dalla certificazione che sostituiscono; per poter effettuare una corretta valutazione dei titoli, in carenza o comunque in presenza di dichiarazioni non in regola o che non permettano di avere informazioni precise sul titolo o sui servizi, non verrà tenuto conto delle dichiarazioni rese.**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | cognome |  | nome |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nato il |  | a |  | prov. |  |

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole che ai sensi dell’art.46 del medesimo decreto l’ASL di Teramo può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

FAC-SIMILE

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di essere in possesso della Laurea** in …………………………………………………………………………  conseguito in data…………………………………………………………………………………………………  presso l’Università degli Studi di ….……………………………………………………………………………  *Solo se titolo conseguito in stato diverso dall’Italia*  Riconoscimento a cura del …………………………………………………………..in data …………………  ***(duplicare il riquadro in caso di necessità)*** |
|  | **di essere iscritto all’albo dell’ordine dei Direttore Medico** della Provincia di………………………. …………….  dal………………………………………………………………n° di iscrizione…………………………..... |
|  | **di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione**:  1) Disciplina: …………………………. …………….…………………………………………………..  conseguita in data……………………….presso l’Università di………………………………………...  2) Disciplina:…………………………………………………………………………………………………………  conseguita in data……………………….presso l’Università di………………………………………….……...  *Solo se titolo conseguito in stato diverso dall’Italia*  Riconoscimento a cura del, in data ………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:**  profilo professionale …………………………………………… disciplina ……………………………………..  dal …………………… al …………………….  dal …………………… al …………………….  dal …………………… al …………………….  con rapporto determinato indeterminato  a tempo pieno con impegno ridotto, ore ………. settimanali  presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) ……………………………………………………………………..  di ……………………………………………………….. – via ………………………………………….. n.  con interruzione dal servizio *(ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):*  dal ……………………..al …………………………….(indicare giorno/mese/anno)  motivo interruzione o causa risoluzione rapporto …………………………………………………………………  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN**  nella branca di ……………………………………………………........................................  dal ……………………………………. al ……………………………….(indicare giorno/mese/anno)  con impegno settimanale pari a ore …………………………………...  dal ……………………………………. al ……………………………….  con impegno settimanale pari a ore …………………………………...  dal ……………………………………. al ………………………………  presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) ………………………………………………………………….di  …………………………………(prov. …) – via …………………………………………………………. , n. ……..  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |
|  | **di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo** (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)  FAC-SIMILE  presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) …………………………………………………………………….di  …………………………………(prov. …) – via …………………………………………………………. , n. ……….  profilo/mansione/progetto …………………………………………………………………………………………………………………….  dal ……………………………. al ………………………………………. (indicare giorno/mese/anno)  con impegno orario settimanale di ore …………………….  motivo interruzione o cause risoluzione ……………………………………………………………………………………..  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di aver effettuato attività di frequenza volontaria**  presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) …………………………………………………………………….di  …………………………………(prov. …) – via …………………………………………………………. , n. ……….  dal ……………………………. al ………………………………………. (indicare giorno/mese/anno)  con impegno settimanale pari a ore …………………  dal ……………………………. al ………………………………………. (indicare giorno/mese/anno)  con impegno settimanale pari a ore …………………  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)***  **Soggiorni di studio/addestramento**  (soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)  presso ………………………………………………………………………………………………………………. di  …………………………………(prov. …) – via …………………………………………………………. , n. ……….  dal ……………………………. al ………………………………………. (indicare giorno/mese/anno)  con impegno settimanale pari a ore …………………  dal ……………………………. al ………………………………………. (indicare giorno/mese/anno)  con impegno settimanale pari a ore …………………  **(*duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ambiti di autonomia professionale** (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa…)  tipologia di incarico……………..……………………………………………………………………….………….  dal ……………...al ………………………………………………………………………………………….….……  presso…………………………………………………………………………………………………….………..,…  descrizione attività svolta…………………………………………………………………………….……….…….  …………………………………………………………………………………………………………………….………  ……………………………………………………………………………………………………………………………  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**  dal ……………...al …………………………………………………………………………………………………  presso………………………………………………………………………………………………………………..  contenuti del corso…………………………………………………………………………………………………  dal ……………...al …………………………………………………………………………………………………  presso………………………………………………………………………………………………………………..  contenuti del corso…………………………………………………………………………………………………  ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **di aver svolto attività didattica** (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l’attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)  FAC-SIMILE  presso……………………………………………………………………………………………………nell’ambito del Corso di ………………………………………………………………………………….  insegnamento ………………………………………………………a.a. ………………………….  ore docenza …………………………………………………(specificare se complessive o settimanali)  **(*duplicare il riquadro ad ogni variazione)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa(indicare:titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)  1 - ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  2 - ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  3 - ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ***(duplicare le righe se insufficienti)*** |
|  | **di aver collaborato alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare:titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)  1 - ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  2 - ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  3 - ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………….  ***(duplicare le righe se insufficienti)*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Di aver partecipato quale UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ENTE ORGANIZZATORE  FAC-SIMILE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO  giorno/mese/anno dal/al | ore | LUOGO DI SVOLGIMENTO | ecm | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   ***(duplicare le righe se insufficienti)*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO  giorno/mese/anno dal/al | ore | LUOGO DI SVOLGIMENTO | ecm | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   ***(duplicare le righe se insufficienti)*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Altre attività**  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………..  ***(duplicare le righe se insufficienti)*** |

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d’identità) o di riconoscimento equipollente (passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, porto d’armi, tessere di riconoscimento, purché muniti di fotografia e di timbro o altra segnatura equipollente rilasciate da amministrazione dello Stato) in corso di validità.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_