

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI
PARTECIPAZIONE ON-LINE**

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

<p>di essere in possesso della Laurea in</p> <p>conseguito in data.....</p> <p>presso l'Università degli Studi di</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura delin data</p> <p><i>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</i></p>
--

<p>di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Direttore Medico della Provincia di.....</p> <p>dal.....n° di iscrizione.....</p>

<p>di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</p> <p>1) Disciplina:</p> <p>conseguita in data.....presso l'Università di.....</p> <p>2) Disciplina:.....</p> <p>conseguita in data.....presso l'Università di.....</p> <p><i>Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia</i></p> <p>Riconoscimento a cura del, in data</p>
--

<p>di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:</p> <p>profilo professionale disciplina</p> <p>dal al</p> <p>dal al</p> <p>dal al</p> <p>con rapporto <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato</p> <p> <input type="checkbox"/> a tempo pieno con impegno ridotto, ore settimanali</p>
--

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
di – via n.

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi, senza assegni*):
dalal(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)

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.....
 dalal
 presso.....
 descrizione attività svolta.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

dalal
 presso.....
 contenuti del corso.....

dalal
 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)

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	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
