

Il/La sottoscritto/a cognome

Nome

Nato/a

il...

a... Prov.....

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della responsabilità penale e della decadenza dai benefici cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (D.P.R. 445/2000, artt. 75 e 76)

- **di essere in possesso della Laurea in.....conseguita in data.....presso l'Università degli Studi di**

(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)

riconoscimento a cura

del.....

in

data.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

- **di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei Medici della prov. di**

Dal.....

numero d'iscrizione

- **Di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:**

1)disciplina:

Conseguita in data

Presso l'Università degli Studi di.....

Durata anni:

Ai sensi del ☐ D.Lgs 257/91 ☐ D.Lgs 368/99.....durata anni

(duplicare riquadro in caso di necessità)

(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)

riconoscimento a

cura.....del.....in.....data.....

- **Di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:**

profilo professionale:.....disciplina.....

Presso(Azienda, Ente.....)

Indirizzo (sede Azienda,Ente.....)

Dal.....al.....

Dal.....al.....

☐ con interruzione di servizio dal.....al.....per (aspettative,congedi, ...

con rapporto a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato e orario ☐ tempo pieno ☐ tempo ridotto(ore.....)

- (duplicare riquadro in caso di necessità)

- **Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture ove è stata svolta l'attività**

- **Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime**

- **Di aver svolto una specifica attività professionale e adeguata esperienza nella disciplina e di possedere una :**

Casistica Chirurgica e delle procedure chirurgiche invasive

Casistica di specifiche esperienze e attività professionali

referite al decennio precedente alla data di pubblicazione nella GURI dell'avviso certificata secondo le modalità indicate dall'art.6 Del D.P.R 484/97

- **Ambiti di autonomia professionale** (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarichi di alta professionalità, incarichi di struttura semplice e complessa, lo scenario organizzativo in cui ha operato il dirigente e i particolari risultati ottenuti nelle esperienze professionali precedenti:

Tipologia di incarico.....

Presso Azienda, Ente.....

Indirizzo (sede Azienda, Ente...).....

descrizione attività svolta

dal..... Al.....

tipologia di incarico

(duplicare riquadro in caso di necessità)

- **Di aver prestato attività di specialista ambulatoriale:**

nella branca di.....presso Azienda, Ente....:

Indirizzo (sede Azienda,Ente...).....

Dal..... Al.....

con impegno settimanale pari a ore.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

- **Di aver effettuato soggiorni di studio/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 :**

struttura/area.....presso(Azienda, Ente....)

Indirizzo (sede Azienda,Ente...).....

Dal..... Al.....

con impegno settimanale pari a ore.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

- **Di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:**

titolo del corso

Contenuti del corso

Presso(Azienda, Ente....)

Dal..... Al.....

con impegno orario totale pari a ore.....

titolo del corso

(duplicare riquadro in caso di necessità)

- **Di aver svolto attività didattica (presso corsi di studio per il conseguimento di diplomi universitari, lauree o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario- esclusa attività di docente/relatore in corsi di aggiornamento/convegni/congressi):**

nell'ambito del corso di.....

presso la facoltà/scuola di formazione.....

Università/Ente.....insegnamento a.a.....

Ore docenza complessive.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

- **Di essere autore dei seguenti lavori scientifici riferiti all'ultimo decennio editi a stampa (indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori)**

.....

Che vengono allegati alla domanda in originale o in copia corredata da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale

(duplicare riquadro in caso di necessità)

- **Di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori (editi a stampa- (indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione,altri autori).....**

(duplicare righe in caso di necessità)

- **Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti eventi formativi/corsi/convegni/congressi:**

Ente organizzatore.....

Titolo del corso.....

Periodo.....

Ore

Luogo di svolgimento.....

Crediti ECM.....

(duplicare righe in caso di necessità)

- **Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti eventi formativi/corsi/convegni/congressi:**

Ente organizzatore.....

Titolo del corso.....

Periodo.....

Ore

Luogo di svolgimento.....

Crediti ECM.....

(duplicare righe in caso di necessità)

- **ALTRE ATTIVITA'**

.....

.....

.....

(duplicare righe in caso di necessità)

....., li

Il/La dichiarante

.....

Il sottoscritto _____, candidato alla selezione con la presente dichiara di aver preso conoscenza di tutte le clausole concorsuali ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati, come indicato, consapevole che il mancato consenso determinerà la non ammissione alla selezione per oggettiva impossibilità a trattare i dati. Dichiara altresì di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia del documento d'identità in corso di validità. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito internet aziendale

Il/La dichiarante
