

CURRICULUM PROFESSIONALE
(EX ART. 8 D.P.R. N. 484/1997)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il __/__/____ a _____ (prov. di _____)

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso della Laurea in _____
conseguita in data __/__/____
presso l'Università degli Studi di _____

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di _____
dal __/__/____, n° di iscrizione _____.

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

1) Disciplina: _____
conseguito in data __/__/____ presso l'Università di _____
durata anni ____.

2) Disciplina: _____
Conseguito in data __/__/____, presso l'Università di _____
Durata anni ____.

3) Disciplina: _____
conseguito in data __/__/____ presso l'Università di _____
durata anni ____.

di aver frequentato il seguente corso di formazione manageriale:

“ _____ ”
dal __/__/____ al __/__/____ organizzato da _____,
della durata di _____ ore concluso il __/__/____.

di aver conseguito il seguente Dottorato di Ricerca:

" _____ "

dal __/__/__ al __/__/__ presso l'Università di _____,

della durata di _____ ore concluso il __/__/__.

di aver il seguente Master di II° livello:

" _____ "

presso l'Università di " _____ "

dal __/__/__ al __/__/__ della durata di _____ ore concluso il __/__/__.

di aver partecipato al seguente corso di formazione della durata superiore a 3 mesi:

" _____ "

organizzato da " _____ "

presso " _____ "

dal __/__/__ al __/__/__ della durata di _____ ore concluso il __/__/__.

TITOLI DI CARRIERA

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni/Università/IRCCS/Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente: _____

(indicare se Azienda Sanitaria, /Università/IRCCS/Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate)

sede _____

posizione funzionale:

- Dirigente Medico a tempo pieno dal __/__/__ al __/__/__

- disciplina di inquadramento (D.M. 30/01/1998): _____

con rapporto ☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato

☐ con impegno ridotto, ore _____ settimanali

☐ ricorrono

☐ non ricorrono

le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79

(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

TITOLI DI CARRIERA

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni/Università/IRCCS/Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente: _____

(indicare se Azienda Sanitaria, /Università/IRCCS/Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate)

sede _____

posizione funzionale:

- Dirigente Medico a tempo pieno dal __/__/__ al __/__/__

- disciplina di inquadramento (D.M. 30/01/1998): _____

con rapporto ☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato
☐ con impegno ridotto, ore _____ settimanali

☐ ricorrono ☐ non ricorrono

le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79

(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

TITOLI DI CARRIERA

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni/Università/IRCCS/Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente: _____

(indicare se Azienda Sanitaria, /Università/IRCCS/Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate)

sede _____

posizione funzionale:

- Dirigente Medico a tempo pieno dal __/__/__ al __/__/__

- disciplina di inquadramento (D.M. 30/01/1998): _____

con rapporto ☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato
☐ con impegno ridotto, ore _____ settimanali

☐ ricorrono ☐ non ricorrono

le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79

(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

TITOLI DI CARRIERA

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni/Università/IRCCS/Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente: _____

(indicare se Azienda Sanitaria, /Università/IRCCS/Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate)

sede _____

posizione funzionale:

- Dirigente Medico a tempo pieno dal __/__/__ al __/__/__

- disciplina di inquadramento (D.M. 30/01/1998): _____

con rapporto ☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato
☐ con impegno ridotto, ore _____ settimanali

☐ ricorrono

☐ non ricorrono

le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79

(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

(duplicare le righe se insufficienti)

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi **C.C.N.L. Area Sanità:**

di essere stato titolare dei seguenti incarichi dirigenziali:

denominazione incarico: _____.

tipologia di incarico: _____.

Conferito con delibera n. ____ del __/__/__ dall'Azienda Sanitaria _____

Con decorrenza dal __/__/__ al __/__/__

presso **I'U.O.** _____

descrizione attività svolta:

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi **C.C.N.L. Area Sanità:**

di essere stato titolare dei seguenti incarichi dirigenziali:

denominazione incarico: _____.

tipologia di incarico: _____.

Conferito con delibera n. _____ del ____/____/____ dall'Azienda Sanitaria _____

Con decorrenza dal ____/____/____ al ____/____/____
presso **l'U.O.** _____

descrizione attività svolta:

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi **C.C.N.L. Area Sanità:**

di essere stato titolare dei seguenti incarichi dirigenziali:

denominazione incarico: _____.

tipologia di incarico: _____.

Conferito con delibera n. _____ del ____/____/____ dall'Azienda Sanitaria _____

Con decorrenza dal ____/____/____ al ____/____/____
presso **l'U.O.** _____

descrizione attività svolta:

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi **C.C.N.L. Area Sanità:**

di essere stato titolare dei seguenti incarichi dirigenziali:

denominazione incarico: _____.

tipologia di incarico: _____.

Conferito con delibera n. _____ del ____/____/____ dall'Azienda Sanitaria _____

Con decorrenza dal ____/____/____ al ____/____/____
presso **l'U.O.** _____

descrizione attività svolta:

(duplicare le righe se insufficienti)

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 con indicazione delle ore annue di insegnamento – **esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi**):

presso Università degli studi di _____
nell'ambito del Corso di studio _____

Insegnamento in "_____".

- A.A. __/__: n° _____ ore/anno
- A.A. __/__: n° _____ ore/anno
- A.A. __/__: n° _____ ore/anno
- A.A. __/__: n° _____ ore/anno

Ore docenza complessive:

di aver partecipato quale **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:

n°	ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici ALLEGATI ALLA DOMANDA – editi a stampa su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione):

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

(duplicare i punti se insufficienti)

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30.06.2003 n. 196. In particolare dichiara di essere a conoscenza che, prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale.

_____, li __/__/20__

Il/La dichiarante

firma in originale

La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a
sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010

Allega alla presente, fotocopia documento di identità n. _____
rilasciato il _____ da _____