

**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><b>di essere in possesso della Laurea</b> 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 del .....in data .....</p> <p><i>(duplicare il riquadro in caso di necessità)</i></p>
--

<p><b>di essere iscritto all'albo dell'ordine dei Dirigenti Medici</b> della Provincia di.....</p> <p>dal.....n° di iscrizione.....</p>
---

<p><b>di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b></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><b>di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:</b></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*):  
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)

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)

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

\_\_\_\_\_