

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_)

### DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità:

**di essere in possesso della Laurea** in .....  
conseguita in data.....  
presso l'Università degli Studi di .....  
*(duplicare il riquadro in caso di necessità)*

**di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici** della Provincia di.....  
n° di iscrizione.....

### **di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:**

- 1) Disciplina: .....  
conseguito in data.....presso l'Università di.....  
ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni .....
- 2) Disciplina: .....  
conseguito in data.....presso l'Università di.....  
ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni .....

**di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:**

**denominazione Ente**.....  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di ..... via ..... n. ....

**profilo professionale** ..... **disciplina** .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

**con rapporto**

☐ determinato

☐ indeterminato

☐ a tempo pieno

☐ con impegno ridotto, ore ..... settimanali

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

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

per motivi .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

per motivi .....

**causa risoluzione rapporto** .....

***(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)***

**di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:**

denominazione Ente.....  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di ..... via ..... n. ....

nella branca di .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

***(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)***

**di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo** (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale):

denominazione Ente.....  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di ..... via ..... n. ....

profilo/mansione/progetto .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore .....

motivo interruzione o causa di risoluzione .....

***(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)***

**di aver effettuato attività di frequenza volontaria:**

denominazione Ente.....  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di ..... via ..... n. ....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

***(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)***

**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)

denominazione Ente.....  
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di ..... via ..... n. ....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore .....

***(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)***

**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 dichiarazione della stessa tipologia)***

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

dal .....al .....

presso.....

contenuti del corso.....

dal .....al .....

presso.....

contenuti del corso.....

**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 dichiarazione della stessa tipologia)***

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

1 - .....  
.....  
.....

2 - .....  
.....  
.....

3 - .....  
.....  
.....

4 - .....  
.....  
.....

5 - .....  
.....  
.....

6 - .....  
.....  
.....

7 - .....  
.....  
.....

8 - .....  
.....  
.....

9 - .....  
.....  
.....

10 - .....  
.....  
.....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**di aver collaborato alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) riferiti all’ultimo decennio:

1 - .....  
.....  
.....

2 - .....  
.....  
.....

3 - .....  
.....  
.....

4 - .....  
.....  
.....

5 - .....  
.....  
.....

6 - .....  
.....  
.....

7 - .....  
.....  
.....

8 - .....  
.....  
.....

9 - .....  
.....  
.....

10 - .....  
.....  
.....

***(duplicare le righe se insufficienti)***

Di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari riferiti all'ultimo decennio:

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 riferiti all'ultimo decennio:

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)*

**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 Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196 e dal Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016 (GDPR - General Data Protection Regulation). 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 \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_