

CURRICULUM PROFESSIONALE

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 di 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 in rapporto di convenzione con il SSN in qualità di:

- ☐ specialista ambulatoriale ex ACN
☐ MMG o PLS
☐ Medico della Continuità Assistenziale
☐ Medico dell'Emergenza Territoriale
☐ altro:

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)

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 dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dalal

presso.....

contenuti del corso.....

dalal

presso.....

contenuti del corso.....

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 -
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato 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)

Altre attività

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.

Il/La dichiarante

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