*Fac-simile curriculum*

AL DIRETTORE GENERALE

ATS della Val Padana

Via dei Toscani n. 1

46100 Mantova

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a  | cognome  |    | nome  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| nato il  |  | a |   |  |  | prov.  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| CODICE FISCALE:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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’ATS della Val Padana può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

|  |
| --- |
| **di essere in possesso della Laurea** in ………………………………………………………………………… conseguito in data………………………………………………………………………………………………… presso l’Università degli Studi di ….…………………………………………………………………………… *Solo se titolo conseguito in stato diverso dall’Italia*  Riconoscimento a cura del …………………………………………………………..in data ………………… ***(duplicare il riquadro in caso di necessità)***   |
| **di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione**:  1. Disciplina: …………………………. …………….………………………………………………….. conseguita in data……………………….presso l’Università di………………………………………...

 ai sensi del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_durata anni …………  1. Disciplina:…………………………………………………………………………………………………………

 conseguita in data……………………….presso l’Università di………………………………………….……...  ai sensi del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_durata anni …………  *Solo se titolo conseguito in stato diverso dall’Italia*  Riconoscimento a cura del……….…………………..in data ………………………………………………………  |

Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture ove è stata svolta l’attività ……………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime.

…………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:**  profilo professionale …………………………………………… disciplina …………………………………….. dal …………………… al ……………………. dal …………………… al ……………………. dal …………………… al ……………………. Rapporto di lavoro a * tempo determinato
* tempo indeterminato
* a tempo pieno
* con orario ridotto ore sett. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

con interruzione dal servizio *(ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):* dal ……………………..al …………………………….(indicare giorno/mese/anno)  motivo interruzione o causa risoluzione rapporto …………………………………………………………………  presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) …………………………………………………………………….. di ……………………………………………………….. – via ………………………………………….. n.  Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato ……………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………… ***(duplicare il riquadro ad ogni variazione)***  |

|  |
| --- |
| **Competenze del candidato** con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (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)***  |

|  |
| --- |
|  **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)***  |

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

dal ……………...al ………………………………………………………………………………………………… presso……………………………………………………………………………………………………………….. contenuti del corso…………………………………………………………………………………………………

dal ……………...al ………………………………………………………………………………………………… presso………………………………………………………………………………………………………………..

contenuti del corso…………………………………………………………………………………………………

dal ……………...al ………………………………………………………………………………………………… presso……………………………………………………………………………………………………………….. contenuti del corso…………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **di aver partecipato quale UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all’estero 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 anche effettuati all’estero 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 – editi a stampa(indicare:titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) 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. 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. - …………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………. 1. - …………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………. 1. - …………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………. ***(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 passaporto) in corso di validità. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_