

ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL'AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA
"SC DISTRETTO VETERINARIO ALTO LODIGIANO".

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE redatto ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 484/1997

Il sottoscritto FIORETTI MASSIMO

nato a VENEZIA il 07/01/1971

presenta il seguente curriculum formativo e professionale quale allegato alla domanda on line di partecipazione al concorso.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dagli articoli **46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000** e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di essere a conoscenza **dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000**, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'ATS Città Metropolitana Milano, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Di essere iscritto all'albo dell'ordine MEDICI VETERINARI della provincia di BERGAMO dal 02/01/2003 n. iscrizione 506

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

TITOLI DI STUDIO
(laurea/specializzazione/master universitari (I e II livello) / dottorato di ricerca/Corsi Perfezionamento Universitari)

titolo di studio	Data conseguimento e durata	Conseguito presso Università
Dottore in Medicina Veterinaria	07/05/2002 Durata 5 anni	Università degli Studi di Milano
Specializzato in ispezione degli alimenti di Origine Animale	03/07/2006 Durata 3 anni	Università degli Studi di Milano

Solo se il titolo di studio è stato conseguito all'estero indicare gli estremi dell'atto di riconoscimento.

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI
(la produzione scientifica deve essere pubblicata su riviste italiane o straniere e deve essere strettamente pertinente alla disciplina bandita)

Seguire attentamente le istruzioni:

Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice. Nelle copie delle pubblicazioni allegate dovrà essere

riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo. Indicare solo le pubblicazioni degli ultimi dieci anni e attinenti all'incarico per cui si concorre.

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

N.	TITOLO PUBBLICAZIONE	DATA PUBBLICAZIONE
1	IJFS - Italian Journal of Food Safety "SHELF-LIFE OF SHEEP ARROSTICINI PACKAGED IN PROTECTIVE ATMOSPHERE"	Editor Decision - Acceptance Data: Wed, 01 Feb 2023 10:47:34 +0000

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

Seguire attentamente le istruzioni:

**SERVIZI PRESTATI CON RAPPORTO DI DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato)
PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
Ministero della Salute UVAC PCF Lombardia	01/01/2023	oggi	Comando come Dirigente Veterinario a tempo determinato a tempo pieno esclusivo	Tempo pieno 40h
Ministero della Salute UVAC PCF Lombardia	01/07/2022	31/12/2022	Comando come Dirigente Veterinario a tempo determinato a tempo pieno esclusivo	Tempo pieno 40h

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

Dirigente veterinario in Comando con mansione di controlli sulle partite di prodotti di origine animale e animali vivi provenienti da altri Paesi membri ed attenzione al rispetto del benessere animale durante il trasporto.

Ispezione e vigilanza su impianti di stabulazione di animali da esperimento.

Controlli sulle partite di POA e PNAO provenienti da Paesi terzi presso il PCF di Malpensa.

Supporto alla gestione delle pratiche legali riferite a sanzioni afferenti all'Ufficio UVAC in qualità di AC.

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
ATS Città Metropolitana di Milano e confluente	04/04/2011	oggi	Dirigente veterinario a tempo indeterminato a tempo pieno esclusivo professionale di base avanzata di tipo C3	Tempo pieno 40h

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

Dirigente Veterinario. Igiene delle produzioni, trasformazione, commercializzazione conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale.

Con percentuale di carico lavoro di circa il 20% in Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche svolte sul territorio della città di Milano e nelle aziende agricole afferenti al Distretto Veterinario Sud ASL Milano, e alle attività di sorveglianza negli stabulari afferenti al Distretto durante i primi due anni di rapporto.

Vigilanza igienico sanitaria ed attività non programmata sulle attività Registrate e attività Riconosciute e sui Mercati Generali del territorio di Milano Città

Tale attività include anche interventi congiunti con altre Autorità Competenti come per esempio Carabinieri Nucleo Anti Sostituzioni, Polizia Annonaria e Commerciale del comune di Milano, Capitaneria di Porto ecc cc. Presso i Mercati Generali -Pesce e Carne- attività di vigilanza ed ispezione coordinato dal Responsabile ATS UOS Mercati Generali.

Trasferito quindi al DV Basso Lodigiano dell'ATS Città metropolitana di Milano e assegnato in forze al macello industriale di bovini in Ospedaletto Lodigiano dove ho svolto attività di ispezione.

Marginalmente attività programmata e non programmata su attività Registrate e Riconosciuto afferenti al territorio del distretto ed interventi congiunti e/o coordinati con altre Autorità Competenti.

Trasferito quindi al DV Alto Lodigiano dell'Ats Città Metropolitana di Milano sono stato incaricato della responsabilità di un impianto industriale di macellazione ovicaprina per tre giorni alla settimana e svolto attività programmata e non programmata di su attività Registrate e Riconosciuto afferenti al territorio del distretto ed interventi congiunti e/o coordinati con altre Autorità Competenti.

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica (Profilo Professionale e Disciplina di inquadramento)	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
Università degli studi di Milano	07/07/1999	06/07/2000	Operatore tecnico di 5 livello	Tempo pieno 40h
Università degli studi di Milano	01/01/2001	31/12/2001	Operatore tecnico di 5 livello	Tempo Pieno 40h

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

Gestione degli animali stabulati (piccoli e grandi ruminanti) presso le strutture della facoltà di Agraria. Attenzione al benessere degli animali presenti. Partecipazione alla raccolta di campioni biologici durante la sperimentazione. Maneggio e contenimento durante le fasi di studio.

ENTE PUBBLICO Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta (Profilo Disciplina di inquadramento)	Qualifica Professionale e (se part-time indicare la percentuale)	Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)
Ministero della Difesa	16/09/1997	15/07/1998	Assolvimento Obbligatoria	Levo	Tempo pieno

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine.

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**INCARICHI DI RESPONSABILITÀ (ex art 18 e 27 CCNL 08.06.2000)
PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE**

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo Autocertificato

ENTE Denominazione	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Tipologia (Direttore Dipartimento, Direttore Struttura Complessa, Responsabile Struttura Semplice, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, Incarico Direttore Struttura Complessa ai sensi art 22, comma 5 CCNL Area della Sanità del 19 dicembre 2019, ecc.)	Denominazione Incarico

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**servizi prestati con RAPPORTO DI DIPENDENZA (tempo indeterminato o determinato)
PRESSO STRUTTURE PRIVATE**

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

<i>DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione Sede</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Indicare esatta Qualifica di inquadramento e livello contrattuale Indicare il C.C.N.L. di riferimento</i>	<i>Indicare la mansione svolta/specifica esperienza svolta</i>	<i>Impegno orario settimanale (se part-time indicare la percentuale)</i>
Lombardini Holding spa Via provinciale Dalmine -BG-	10/09/2002	09/09/2003	Impiegato II livello CCNL Commercio	Ufficio Controllo Qualità settore Carne	40 H

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo: _____

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

Ufficio Controllo Qualità settore Carne, redazione e controllo capitolati fornitura, audit presso fornitori in Italia e territorio Comunitario, vigilanza igienico sanitaria nei punti vendita, elaborazione ed attuazione di un progetto di filiera carne controllata e garantita.

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

<i>DATORE DI LAVORO PRIVATO Denominazione Sede</i>	<i>DAL (gg/mm/aa)</i>	<i>AL (gg/mm/aa)</i>	<i>Indicare esatta Qualifica di inquadramento e livello contrattuale</i>	<i>Indicare la mansione svolta/specifica esperienza svolta</i>	<i>Impegno orario settimanale (se part-time)</i>
--	---------------------------	--------------------------	--	--	--

			Indicare il C.C.N.L. di riferimento		indicare la percentuale)
Vets Now Ltd Dunfermline Ky118us UK	07/08/2007	26/09/2007	Dipendente	Medico Veterinario di pronto soccorso	Turni notturni di 12 ore

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Interruzione dal servizio: dal/___/___/___/ al/___/___/___/ Motivo:_____

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture presso le quali è stata svolta l'attività sopra dichiarata e tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate (art. 8 comma 3 lett. a e c DPR 484/1997):

Medico Veterinario incaricato di compiere servizio di pronto soccorso durante le ore notturne in d strutture appartenenti alla società o che avessero contratti con la stessa.
Durante il turno provvedevo alla gestione dei pazienti ospedalizzati durante la giornata e la gestione di tutte le emergenze riferite durante il turno di lavoro che iniziava alle ore 20.00 per finire alle ore 08.00 del giorno successivo.

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001" ... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA / COLLABORAZIONE OCCASIONALE

presso STRUTTURE PUBBLICHE

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

ENTE Denominazione e sede	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Esatta Qualifica di inquadramento	IMPEGNO ORARIO SETT.
Asl di Lecco C.so Carlo Alberto 120 -LC-	06/02/2008	31/12/2010	Ispettore degli alimenti di origine animale Area B	22 ore

Tipologia contratto:

Libero Professionale

Co.Co.co

Consulenza/ Collaborazione Occasionale

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato.

Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**Servizi prestati con INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI / CO.CO.CO / CONSULENZA
COLLABORAZIONE OCCASIONALE**

presso STRUTTURE PRIVATE

I'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

ENTE Denominazione e sede C.A.P.A.C Politecnico del Commercio e del turismo Viale Murillo 17 -MI-	DAL (gg/mm/aa) 08/09/2004	AL (gg/mm/aa) 09/05/2008	Esatta Qualifica di inquadramento Docente di Merceologia degli alimenti e Legislazione Sanitaria	IMPEGNO ORARIO SETT. 40H corso
--	--	---------------------------------------	---	--

Tipologia contratto:

Libero Professionale

Co.Co.co

Consulenza/ Collaborazione Occasionale

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

N.B.: il campo DAL (gg/mm/aa) AL (gg/mm/aa) deve essere compilato correttamente dal candidato. Non saranno pertanto valutati quei periodi indicati genericamente dal candidato. A solo scopo indicativo e non esaustivo si riporta il seguente esempio: "...dal maggio 2000 al giugno 2001"... oppure "dall'anno 2000 all'anno 2001".

**BORSA DI STUDIO
CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA**

I'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Tipologia	Ente erogatore	Oggetto dell'incarico conferito, breve descrizione delle mansioni svolte	Data inizio e fine gg/mm/aa
			DA _____ A _____

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

Seguire attentamente le istruzioni:

CORSI, CONGRESSI, CONVEGNI E SEMINARI

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato. Indicare solo i corsi aggiornamento degli ultimi dieci anni e che siano attinenti all'incarico per cui si concorre. Se il candidato allega anche la copia degli attestati, dovrà numerare progressivamente le copie degli attestati riportando la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione.

Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:

N.1:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Corso di formazione manageriale per dirigenti di struttura complessa
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	POLIS Lombardia- Università degli Studi di Milano Bicocca
Data	14/04/21 -23/12/2021
Durata	Giorni _____ ore 144
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.2:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Food Hygiene at Primary Production -Acquatic Animals
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	Commissione Europea BTSF Better Training For Safe Food
Data	17/10/2022 – 21/10/2022
Durata	Giorni 5 ore 12.05 frontali 14.40 pratica
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input checked="" type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

N.3:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Sistematica identificativa delle specie ittiche finalizzata alla trasparenza delle informazioni al consumatore
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	08/04/2022 – 14/10/2022
Durata	Giorni _____ ore 27
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Specificare se con test o esame finale	si x - no <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------

N.4:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Sistematica identificativa delle specie ittiche finalizzata alla trasparenza delle informazioni al consumatore
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	09/04/2021 – 15/10/2021
Durata	Giorni _____ ore 30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si x - no <input type="checkbox"/>

N.5:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Sistematica identificativa delle principali specie ittiche di interesse commerciale allo scopo di accertare le non conformità di valenza sanitaria
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	05/06/2020 – 06/11/2020
Durata	Giorni _____ ore 30
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si x - no <input type="checkbox"/>

N.6:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Identificazione e tracciabilità dei prodotti ittici allo scopo di accertare le non conformità di valenza sanitaria
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	ATS Città Metropolitana di Milano
Data	12/04/2019 – 08/11/2029
Durata	Giorni _____ ore 24
Specificare se l'attività formativa è ECM	si x - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si x - no <input type="checkbox"/>

N.7:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	Auditor interno per la sicurezza nel settore agroalimentare
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input checked="" type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	A&Q polo per la qualificazione del Sistema
Data	29/11/2018 – 01/12/2018
Durata	Giorni 3 ore
Specificare se l'attività formativa è ECM	si <input type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>
Specificare se con test o esame finale	si <input checked="" type="checkbox"/> - no <input type="checkbox"/>

Se lo spazio è insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario inserendola in ulteriori pagine

ATTIVITÀ DIDATTICA 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 e congressi).

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente o di tutor:

1) presso Università:

ore complessive insegnamento per anno accademico	Università	Materia	In qualità di Docente o Tutor

2) presso scuole per la formazione di personale sanitario:

Ore insegnamento Per anno.	Scuola formazione personale sanitario	Materia	In qualità di Docente o Tutor

SOGGIORNI DI STUDIO O DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' ATTINENTI ALLA DISCIPLINA IN RILEVANTI STRUTTURE ITALIANE O ESTERE DI DURATA NON INFERIORE A 3 MESI CON ESCLUSIONE DEI TIROCINI OBBLIGATORI.

l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto i sottoelencati soggiorni di studio o addestramento:

Struttura (indirizzo e denominazione)	Tipologia (soggiorno/addestramento professionale)	Data inizio e fine gg/mm/aa	Con impegno settimanale pari a ore
		DA _____ A _____	

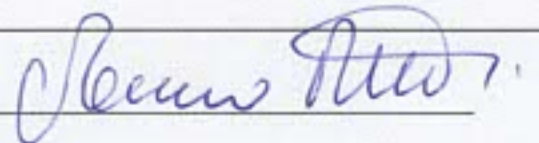
Ulteriori attività

DESCRIZIONE

Ulteriori dichiarazioni

DESCRIZIONE

Data 15.03.2023

Firma 

Si allega fotocopia di valido documento di identità.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Data 15.03.2023

Firma 