**ALLEGATO ALLA DOMANDA DELL’AVVISO PER LA COPERTURA DELLA STRUTTURA COMPLESSA ”SC PROMOZIONE DELLA SALUTE” AFFERENTE AL DIPARTIMENTO IGIENE PREVENZIONE SANITARIA DELL’ATS DELLA CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO.**

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

Il/la sottoscritto/a (COGNOME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOME)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 edurata | *Conseguito presso Università* |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/Durata\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

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 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |

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)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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”.**

**INCARICHI DI RESPONSABILITÀ (ex art 22 e 25 CCNL Area Sanità 23.01.2024)**

**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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *DATORE DI LAVORO PRIVATO**Denominazione**Sede* |  DAL(gg/mm/aa) |  AL(gg/mm/aa) | *Indicare esatta Qualifica di**inquadramento e livello contrattuale* Indicare il C.C.N.L. di riferimento | Indicare la mansione svolta/specifica esperienza svolta | *Impegno**orario**settimanale (se part-time indicare la percentuale)* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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 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.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione* *sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione* *sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica**di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***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**

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.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione e sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica**di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***Tipologia contratto****:* *Libero Professionale* *Co.Co.co**Consulenza/ Collaborazione Occasionale* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *ENTE**Denominazione e sede* |  *DAL*(gg/mm/aa) |  *AL*(gg/mm/aa) | *Esatta Qualifica**di inquadramento* | *IMPEGNO ORARIO SETT.* |
| ***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**

l’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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | 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 barrarecasella interessata) | □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO□ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo dell’evento |  |
| In qualità di | □ RELATORE □ PARTECIPANTE |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| Durata | Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Specificare se l’attività formativa è**ECM** | si □ - no □ |
| Specificare se con test o esame finale | si □ - no □ |

**N.2:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia evento (specificare e barrarecasella interessata) | □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO□ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo dell’evento |  |
| In qualità di | □ RELATORE □ PARTECIPANTE |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| Durata | Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Specificare se l’attività formativa è**ECM** | si □ - no □ |
| Specificare se con test o esame finale |  si □ - no □ |

**N.3:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia evento (specificare e barrarecasella interessata) | □ CORSO □ CONGRESSO □ CONVEGNO□ EVENTO FORMATIVO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Titolo dell’evento |  |
| In qualità di | □ RELATORE □ PARTECIPANTE |
| Ente organizzatore |  |
| Data |  |
| Durata | Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Specificare se l’attività formativa è**ECM** | si □ - no □ |
| Specificare se con test o esame finale | si □ - no □ |

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 diDocenteo Tutor |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2) presso scuole per la formazione di personale sanitario:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ore insegnamentoPer anno. | Scuola formazione personale sanitario | Materia | In qualità diDocenteo 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  | DA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**Ulteriori attività**

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE** |
|  |
|  |
|  |

**Ulteriori dichiarazioni**

|  |
| --- |
| **DESCRIZIONE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**