

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.....

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 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

insegnamentoa.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)

