*Fac-simile curriculum vitae*

 AL DIRETTORE GENERALE

 Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 5

 “Friuli Occidentale”

 Via della Vecchia Ceramica, 1-

 33170 P O R D E N O N E

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Il/La sottoscritto/a* | *cognome**……………………………………………..* | *Nome**………………………………………………..* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nato/a il……………………………………* | *a………………………………………………..........................* | *Prov………………….* |

***DICHIARA***

sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della responsabilità penale e della decadenza dai benefici cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (D.P.R. 445/2000, artt. 75 e 76)

|  |  |
| --- | --- |
| ***di essere in possesso della Laurea in*** |  |
| *conseguita in data* |  |
| *presso l’Università degli Studi di* |  |
| *(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall’Italia)**riconoscimento a cura del………………………………………………………………………………………………………………………..**in data…………………………………………………………………………………………………………………………………….* |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***di essere iscritto all’Albo dell’ordine dei Medici della Prov. di*** |  |
| *dal* |  |
| *numero d’iscrizione* |  |

|  |
| --- |
| ***Di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:*** |
|  |
| *disciplina* |  |
| *Conseguita in data* |  |
| *Presso l’Università degli Studi di* |  |
| *Durata anni* |  |
| *Ai sensi del*  | *□D.Lgs 257/91 □D.Lgs 368/99 □Altro…………….* |
|  |
| *disciplina* |  |
| *Conseguita in data* |  |
| *Presso l’Università degli Studi di* |  |
| *Durata anni* |  |
| *Ai sensi del*  | *□D.Lgs 257/91 □D.Lgs 368/99 □Altro…………….* |
|  |
| *disciplina* |  |
| *Conseguita in data* |  |
| *Presso l’Università degli Studi di* |  |
| *Durata anni* |  |
| *Ai sensi del*  | *□D.Lgs 257/91 □D.Lgs 368/99 □Altro…………….* |
| *(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall’Italia)**riconoscimento a cura del………………………………………………………………………………………………………………………..**in data…………………………………………………………………………………………………………………………………….* |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:*** |
| *profilo professionale* |  |
| *disciplina* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………**□con interruzione di servizio dal……………...al…..…………….**per……………………………………………………………………….* | *con rapporto a tempo*  *□determinato □indeterminato**e orario*  *□tempo pieno □tempo ridotto(ore……….)* |
| *Dal…………………………………. Al………………………………**□con interruzione di servizio dal……………...al…..…………….**per……………………………………………………………………….* | *con rapporto a tempo*  *□determinato □indeterminato**e orario*  *□tempo pieno □tempo ridotto(ore……….)* |
| *Dal…………………………………. Al………………………………**□con interruzione di servizio dal……………...al…..…………….**per……………………………………………………………………….* | *con rapporto a tempo*  *□determinato □indeterminato**e orario*  *□tempo pieno □tempo ridotto(ore……….)* |
|  |
| *profilo professionale* |  |
| *disciplina* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………**□con interruzione di servizio dal……………...al…..…………….**per……………………………………………………………………….* | *con rapporto a tempo*  *□determinato □indeterminato**e orario*  *□tempo pieno □tempo ridotto(ore……….)* |
| *Dal…………………………………. Al………………………………**□con interruzione di servizio dal……………...al…..…………….**per……………………………………………………………………….* | *con rapporto a tempo*  *□determinato □indeterminato**e orario*  *□tempo pieno □tempo ridotto(ore……….)* |
| *Dal…………………………………. Al………………………………**□con interruzione di servizio dal……………...al…..…………….**per……………………………………………………………………….* | *con rapporto a tempo*  *□determinato □indeterminato**e orario*  *□tempo pieno □tempo ridotto(ore……….)* |
|  |
| *profilo professionale* |  |
| *disciplina* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………**□con interruzione di servizio dal……………...al…..…………….**per……………………………………………………………………….* | *con rapporto a tempo*  *□determinato □indeterminato**e orario*  *□tempo pieno □tempo ridotto(ore……….)* |
| *Dal…………………………………. Al………………………………**□con interruzione di servizio dal……………...al…..…………….**per……………………………………………………………………….* | *con rapporto a tempo*  *□determinato □indeterminato**e orario*  *□tempo pieno □tempo ridotto(ore……….)* |
| *Dal…………………………………. Al………………………………**□con interruzione di servizio dal……………...al…..…………….**per……………………………………………………………………….* | *con rapporto a tempo*  *□determinato □indeterminato**e orario*  *□tempo pieno □tempo ridotto(ore……….)* |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Di aver prestato attività di specialista ambulatoriale:*** |
| *nella branca di* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |
|  |
| *nella branca di* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |
|  |
| *nella branca di* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo*** *(co.co.co., collaborazione libero professionale, prestazione occasionale)****:*** |
| *profilo/mansione/progetto* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |
|  |
| *profilo/mansione/progetto* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |
|  |
| *profilo/mansione/progetto* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Di aver effettuato attività di frequenza volontaria:*** |
| *struttura/area…* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |
|  |
| *struttura/area…* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento:*** |
| *struttura/area…* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |
|  |
| *struttura/area…* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno settimanale pari a ore…………..* |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Ambiti di autonomia professionale (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarichi di alta professionalità, incarichi di struttura semplice o complessa…) :*** |
| *tipologia di incarico* |  |
| *Descrizione attività svolta* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* |  |
|  |
| *tipologia di incarico* |  |
| *Descrizione attività svolta* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Indirizzo (sede Azienda,Ente…)* |  |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:*** |
| *titolo del corso* |  |
| *Contenuti del corso* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno orario totale pari a ore…………..* |
|  |
| *titolo del corso* |  |
| *Contenuti del corso* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno orario totale pari a ore…………..* |
|  |
| *titolo del corso* |  |
| *Contenuti del corso* |  |
| *Presso(Azienda, Ente….)* |  |
| *Dal…………………………………. Al………………………………* | *con impegno orario totale pari a ore…………..* |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Di aver svolto attività didattica ( presso corsi di studio per il conseguimento di diplomi universitari, lauree o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario- esclusa attività di docente/relatore in corsi di aggiornamento/convegni/congressi):*** |
| *nell’ambito del corso di* |  |
| *Presso la facoltà/scuola di formazione* |  |
| *Presso l’Università/Ente* |  |
| *insegnamento* |  |
| *a.a……………………………………….* | *Ore docenza complessive………………………………………* |
|  |
| *nell’ambito del corso di* |  |
| *Presso la facoltà/scuola di formazione* |  |
| *Presso l’Università/Ente* |  |
| *insegnamento* |  |
| *a.a……………………………………….* | *Ore docenza complessive………………………………………* |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Di essere autore dei seguenti lavori scientifici (editi a stampa- indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori)*** |
|  |
|  |
|  |
|  |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori (editi a stampa- indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori)*** |
|  |
|  |
|  |
|  |

*(duplicare riquadro in caso di necessità)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti eventi formativi/corsi/convegni/congressi:*** |  |
| *ente organizzatore* | *Titolo del corso* | *periodo* | *ore* | *Luogo di svolgimento* | *Crediti ECM* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*(duplicare righe in caso di necessità)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti eventi formativi/corsi/convegni/congressi:*** |  |
| *ente organizzatore* | *Titolo del corso* | *periodo* | *ore* | *Luogo di svolgimento* | *Crediti ECM* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*(duplicare righe in caso di necessità)*

|  |
| --- |
| ***Altre attività*** |
| *……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |
| *……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |
| *……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..* |

*(duplicare righe in caso di necessità)*

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 di riconoscimento equipollente (passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, porto d’armi, tessere di riconoscimento, purché muniti di fotografia e di timbro o altra segnatura equipollente rilasciate da amministrazione dello Stato) in corso di validità.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

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