SCHEMA DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

*(da presentarsi redatta su carta semplice a cui deve essere allegata fotocopia non autenticata*

*di un documento di identità valido del sottoscrittore)*

AL DIRETTORE GENERALE

Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" Via Montereale, 24 - 33170 P O R D E N O N E

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***C H I E D E***

di essere ammesso all’avviso pubblico, per l’attribuzione dell’incarico quinquennale di direzione di Struttura Complessa Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva - presso codesta Azienda Ospedaliera, indetto con decreto n. ………………….. del …………………………. con scadenza ………………………………………………..…-

A tal fine, 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)

***d i c h i a r a***

1) di essere nat… a …………………………………………………………………………………………. il ………………………………………….;

2) di essere residente a .................…….…………………………..… (Prov......), Via ..……………...................... n. ....;

3) di essere in possesso della cittadinanza italiana (ovvero: di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: .................................……....………………………..............)(a);

4) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ............................................. (ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: ...............................…………………..………......);

5) di non avere mai riportato condanne penali e di non aver conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico (ovvero: di avere riportato le seguenti condanne penali o di avere i seguenti procedimenti penali pendent i……………………………….. presso il Tribunale di:…………. (b)) e di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato (e/o patteggiamento) per uno dei reati previsti dal capo I, titolo II, libro II del codice penale (reati contro la pubblica amministrazione) e/o per uno dei reati previsti dagli artt. 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinques e 609 undecies, ovvero di non essere stato destinatario dell’irrogazione di sanzioni interdittive all’esercizio dell’attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

6) di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni;

7) di essere in possesso del seguente titolo di studio e dei requisiti specifici richiesti dal bando:

- Laurea in Medicina in …………………………………………………………….. conseguita il ……..……………........... presso .…………………………....…............................................................. con abilitazione alla professione medico chirurgica conseguita il (o sessione) .……………………..… presso …………………………………………………………………….;

- Specializzazione in………………………………………………………………………….… conseguita il ………..…………… presso ....………………………….................................................................................;

- Iscrizione all’Albo dell’Ordine ………………………………………………………………………………………. della Provincia di ......………...……………………………..…….. al n. …………....... dal …………………………..;

8) di essere, nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione: ...........…………..……..………..........;

9) di prestare servizio presso la seguente pubblica amministrazione …………………………………………………………………….nel profilo di………………………………………………………………nella disciplina di…………………………………………………………con rapporto di lavoro a tempo…………………………………………..con orario settimanale……………………………………………… dal…………………..al……………………..;

10) di aver prestato servizio con rapporto d'impiego presso le seguenti pubbliche amministrazioni:

- …………………………………………………………………….nel profilo di………………………………………………………………nella disciplina di…………………………………………………………con rapporto di lavoro a tempo…………………………………………..con orario settimanale………………………………………………, dal…………………..al……………………..;

- …………………………………………………………………….nel profilo di………………………………………………………………nella disciplina di…………………………………………………………con rapporto di lavoro a tempo…………………………………………..con orario settimanale……………………………………………… dal…………………..al……………………..;

- …………………………………………………………………….nel profilo di………………………………………………………………nella disciplina di…………………………………………………………con rapporto di lavoro a tempo…………………………………………..con orario settimanale……………………………………………… dal…………………..al……………………..;(c)

11) di avere una anzianità di servizio di anni………………………. maturati nella disciplina di ………………………………………………..;

12) di manifestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali;

13) di aver preso visione del profilo professionale che caratterizza la Struttura in oggetto;

14) di aderire, nel caso di conferimento dell’incarico, all’opzione per il rapporto di lavoro esclusivo;

15) di aver preso visione del bando e di conoscere tutte le prescrizioni e previsioni in esso contenute, compresi gli obblighi di pubblicità;

16) che tutte le fotocopie allegate sono conformi agli originali e che quanto dichiarato nel curriculum allegato corrisponde al vero;

17) di avere un’adeguata conoscenza della lingua italiana (d);

18) di necessitare, per l’espletamento della prova, dell’ausilio di ………………………………………………………………………… come da verbale di data …………………….…. rilasciato dalla commissione per l’accertamento dell’handicap istituita presso l’Azienda ………………………………………………….…………………………………………………………………..(e);

19) che l'indirizzo, e/o l’indirizzo e-mail – con l’impegno di comunicare ogni eventuale variazione - al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

dott. ….............................……………………............................

via/piazza…..........................................…...................…… n …….. telefono n. ….............................….

cap. n. …........... città ..................................……………………………..…

E-mail …………………………………………………………......................… P.E.C …………………………………………………………….

(in caso di mancata indicazione le comunicazioni saranno inviate all’indirizzo indicato quale residenza).

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco, datato e firmato, redatto in carta semplice.

Data .........................................-

Firma.............................................................

1. i cittadini degli Stati membri dell’Unione Europea e dei Paesi terzi dovranno indicare la cittadinanza ed il godimento dei diritti politici nel Paese di appartenenza;
2. da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale;
3. indicare per tutti i servizi resi o in corso di espletamento: il periodo di servizio, eventuali periodi di aspettativa senza assegni usufruiti, le qualifiche (posizione funzionale) ricoperte, il tipo di rapporto (a tempo pieno o definito – a tempo determinato o indeterminato), il settore di attività o presidio/**disciplina di inquadramento** e le cause di risoluzione dei rapporti d’impiego;
4. dichiarazione riservata ai cittadini degli altri Stati membri dell’Unione Europea e dei Paesi terzi;
5. da compilare solamente da parte dei destinatari della legge n. 104/1992.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

*(art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)*

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

*(art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)*

*(barrare il quadratino accanto al tipo di dichiarazione che interessa)*

....l....sottoscritt.... ......................................................................................................................

nat .... a ..................................................................(prov.......) il ...............................................

residente a ........................................(prov.......), via .........................................................n. ......

valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e della L. 12/11/2011 n. 183, consapevole di quanto prescritto dall’art. 76, comma 1, del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 che stabilisce “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia” e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**D I C H I A R A**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs. 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.

*Allega copia del documento d’identità ..............................................................................*

………………………………………………….……

*(luogo e data)*

*IL/LA DICHIARANTE*………………………………………………………………

*(firma per esteso e leggibile)*

**Articolo 46 DPR n .445/2000 - *Dichiarazioni sostitutive di certificazioni****.*

1. Sono comprovati con dichiarazioni, anche contestuali all'istanza, sottoscritte dall'interessato e prodotte in sostituzione delle normali certificazioni i seguenti stati, qualità personali e fatti:

*a*) data e il luogo di nascita;

*b*) residenza;

*c*) cittadinanza;

*d*) godimento dei diritti civili e politici;

*e*) stato di celibe, coniugato, vedovo o stato libero;

*f*) stato di famiglia;

*g*) esistenza in vita;

*h*) nascita del figlio, decesso del coniuge, dell'ascendente o discendente;

*i*) iscrizione in albi, registri o elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni;

*l*) appartenenza a ordini professionali;

*m*) titolo di studio, esami sostenuti;

*n*) qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica;

*o*) situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefìci di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali;

*p*) assolvimento di specifici obblighi contributivi con l'indicazione dell'ammontare corrisposto;

*q*) possesso e numero del codice fiscale, della partita I.V.A. e di qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria;

*r*) stato di disoccupazione;

*s*) qualità di pensionato e categoria di pensione;

*t*) qualità di studente;

*u*) qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili;

*v*) iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo;

*z*) tutte le situazioni relative all'adempimento degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio;

*aa*) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

*bb*) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

*cc*) qualità di vivenza a carico;

*dd*) tutti i dati a diretta conoscenza dell'interessato contenuti nei registri dello stato civile;

*ee*) di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

**Articolo 47 DPR n. 445/2000 - *Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà.***

1. L'atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo con la osservanza delle modalità di cui all'articolo 38.
2. La dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.
3. Fatte salve le eccezioni espressamente previste per legge, nei rapporti con la pubblica amministrazione e con i concessionari di pubblici servizi, tutti gli stati, le qualità personali e i fatti non espressamente indicati nell'articolo 46 sono comprovati dall'interessato mediante la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.
4. Salvo il caso in cui la legge preveda espressamente che la denuncia all'Autorità di Polizia Giudiziaria è presupposto necessario per attivare il procedimento amministrativo di rilascio del duplicato di documenti di riconoscimento o comunque attestanti stati e qualità personali dell'interessato, lo smarrimento dei documenti medesimi è comprovato da chi ne richiede il duplicato mediante dichiarazione sostitutiva.

**Articolo 19 DPR n. 445/2000 - *Modalità alternative all'autenticazione di copie.***

1. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'articolo 47 può riguardare anche il fatto che la copia di un atto o di un documento conservato o rilasciato da una pubblica amministrazione, la copia di una pubblicazione ovvero la copia di titoli di studio o di servizio sono conformi all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati.

*Fac-simile curriculum vitae*

AL DIRETTORE GENERALE

Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" Via Montereale, 24 - 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

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