

**Mod. B – DICHIARAZIONE TITOLI /Curriculum formativo e professionale**

Ex artt. 46 e 47 DPR n. 445/00 - dichiarazione sostitutiva di certificazione/dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
 Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**in relazione alla domanda di ammissione all'Avviso di Manifestazione d'interesse con disponibilità immediata, per le esigenze assistenziali correlate all'emergenza epidemiologica Covid-19 per il profilo di DIRIGENTE MEDICO - DISCIPLINA DI \_\_\_\_\_, consapevole delle pene previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/00 per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del suddetto D.P.R.,**

**DICHIARA**

**DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI, VALIDI AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI MERITO:**

**TITOLI DI STUDIO E ACCADEMICI (barrare le caselle che interessano e compilare)**

**DIPLOMA DI LAUREA -  LAUREA SPEC./MAGISTRALE in MEDICINA E CHIRURGIA**

**ATENEIO** \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

**Se titolo conseguito all'Estero e riconosciuto equivalente: (1)**

Conseguito presso \_\_\_\_\_  
 estremo atto riconoscimento equivalenza \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 Ente emittitore \_\_\_\_\_

**SPECIALIZZAZIONE**

**DISCIPLINA:** \_\_\_\_\_

**ATENEIO/Scuola** \_\_\_\_\_

disciplina equipollente ex DM 30/01/98;  disciplina affine ex DM 31/01/98; voto \_\_\_\_\_;

**durata del corso in anni:** \_\_\_\_\_;

**CONSEGUITA** in data: \_\_\_\_\_;

**ISCRITTO/A AL** \_\_\_\_\_° anno di formazione specialistica (ex art 1 c. 547 L. n. 145/18)

ovvero  di essere **dipendente in servizio di ruolo al 1/2/1998** (ex art. 56, c. 2 D.P.R. n. 483/97)(2)

inquadrate nella qualifica di *Dirigente Medico - disciplina di* \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_

**Se titolo conseguito all'Estero e riconosciuto equivalente: (1)**

Conseguito presso \_\_\_\_\_  
 estremo atto riconoscimento equivalenza \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 Ente emittitore \_\_\_\_\_

**ALTRI TITOLI (3)**

n. \_\_\_\_ - titolo \_\_\_\_\_ durata anni \_\_\_\_\_;

conseguito c/o \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_.

n. \_\_\_\_ - titolo \_\_\_\_\_ durata anni \_\_\_\_\_;

conseguito c/o \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_.

**ISCRIZIONE ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI (barrare le caselle che interessano e compilare)**

Albo della provincia di \_\_\_\_\_ n° di posizione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**Se iscrizione in altro Paese europeo: (4)**

Stato estero di iscrizione \_\_\_\_\_ n° di posizione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

**ESPERIENZE LAVORATIVE/PROFESSIONALI: (barrare le caselle che interessano e compilare)**

n. \_\_\_\_\_ Azienda/Ente: \_\_\_\_\_

Sede azienda: \_\_\_\_\_

Tipologia ente:  SSN  privato conv. SSN  Altra P.A.  privato

Profilo di inquadramento: \_\_\_\_\_

Disciplina di inquadramento: \_\_\_\_\_

Decorrenza rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Contratto:  Dirigenza Medica SSN  Med. spec. convenzionata (ACN)

libero professionale  co.co.co.

Tipo assunzione:  tempo INDETERMINATO  tempo DETERMINATO

Orario settimanale di servizio: n. h \_\_\_\_\_  tempo pieno  PT/ \_\_\_\_\_ %

Interruzioni rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  aspettativa-congedo  altra assenza

n. \_\_\_\_\_ Azienda/Ente: \_\_\_\_\_

Sede azienda: \_\_\_\_\_

Tipologia ente:  SSN  privato conv. SSN  Altra P.A.  privato

Profilo di inquadramento: \_\_\_\_\_

Disciplina di inquadramento: \_\_\_\_\_

Decorrenza rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Contratto:  Dirigenza Medica SSN  Med. spec. convenzionata (ACN)

libero professionale  co.co.co.

Tipo assunzione:  tempo INDETERMINATO  tempo DETERMINATO

Orario settimanale di servizio: n. h \_\_\_\_\_  tempo pieno  PT/ \_\_\_\_\_ %

Interruzioni rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  aspettativa-congedo  altra assenza

n. \_\_\_\_\_ Azienda/Ente: \_\_\_\_\_

Sede azienda: \_\_\_\_\_

Tipologia ente:  SSN  privato conv. SSN  Altra P.A.  privato

Profilo di inquadramento: \_\_\_\_\_

Disciplina di inquadramento: \_\_\_\_\_

Decorrenza rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Contratto:  Dirigenza Medica SSN  Med. spec. convenzionata (ACN)

libero professionale  co.co.co.

Tipo assunzione:  tempo INDETERMINATO  tempo DETERMINATO

Orario settimanale di servizio: n. h \_\_\_\_\_  tempo pieno  PT/ \_\_\_\_\_ %

Interruzioni rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  aspettativa-congedo  altra assenza

Interruzioni rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  aspettativa-congedo  altra assenza

n. \_\_\_\_\_ Azienda/Ente: \_\_\_\_\_

Sede azienda: \_\_\_\_\_

Tipologia ente:  SSN  privato conv. SSN  Altra P.A.  privato

Profilo di inquadramento: \_\_\_\_\_

Disciplina di inquadramento: \_\_\_\_\_

Decorrenza rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

Contratto:  Dirigenza Medica SSN  Med. spec. convenzionata (ACN)

libero professionale  co.co.co.

Tipo assunzione:  tempo INDETERMINATO  tempo DETERMINATO

Orario settimanale di servizio: n. h \_\_\_\_\_  tempo pieno  PT/ \_\_\_\_\_ %

Interruzioni rapporto: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  aspettativa-congedo  altra assenza

**ESPERIENZE FORMATIVE (barrare le caselle che interessano e compilare)**

**ATTIVITÀ DI DOCENZA**  attinente  non attinente il profilo a selezione

N. \_\_\_\_ Tipo Ente:  Istituzione Universitaria  Ente del S.S.N.  Scuola sec. II°  Altra P.A.  Privato

Materia di insegnamento: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

Decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - ore SETTIMANALI \_\_\_\_\_;

tipo contratto:  TI  TD  COCOCO  Libero Prof.le  Altro \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_ Tipo Ente:  Istituzione Universitaria  Ente del S.S.N.  Scuola sec. II°  Altra P.A.  Privato

Materia di insegnamento: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

Decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - ore SETTIMANALI \_\_\_\_\_;

tipo contratto:  TI  TD  COCOCO  Libero Prof.le  Altro \_\_\_\_\_

**ASSEGNISTA DI RICERCA/BORSA DI STUDIO/FREQUENZA**  attinente  non attinente profilo a selezione

N. \_\_\_\_ Tipo Ente:  Istituzione Universitaria  Ente del S.S.N.  Scuola sec. II°  Altra P.A.  Privato

Assegno di Ricerca  Borsa di Studio  Frequenza volontaria

Materia di insegnamento: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

Decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - ore SETTIMANALI \_\_\_\_\_;

tipo contratto:  TI  TD  COCOCO  Libero Prof.le  Altro \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_ Tipo Ente:  Istituzione Universitaria  Ente del S.S.N.  Scuola sec. II°  Altra P.A.  Privato

Assegno di Ricerca  Borsa di Studio  Frequenza volontaria

Materia di insegnamento: \_\_\_\_\_

Ente: \_\_\_\_\_

Decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - ore SETTIMANALI \_\_\_\_\_;

tipo contratto:  TI  TD  COCOCO  Libero Prof.le  Altro \_\_\_\_\_

**Spazio dichiarazioni pertinenti altre attività formative attinenti il profilo a selezione, non ricomprese nelle suddette voci, che il candidato ritenga utile dichiarare ai fini della valutazione:**

---



---



---



---



---



---

**ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO**

n. \_\_\_\_  Corso di aggiornamento  Convegno  Congresso  Seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Data/decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  senza  con esame voto \_\_\_\_\_  n. ECM \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

uditore  relatore Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_  Corso di aggiornamento  Convegno  Congresso  Seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Data/decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  senza  con esame voto \_\_\_\_\_  n. ECM \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

uditore  relatore Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_  Corso di aggiornamento  Convegno  Congresso  Seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Data/decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  senza  con esame voto \_\_\_\_\_  n. ECM \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

uditore  relatore Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_  Corso di aggiornamento  Convegno  Congresso  Seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Data/decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  senza  con esame voto \_\_\_\_\_  n. ECM \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

uditore  relatore Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_  Corso di aggiornamento  Convegno  Congresso  Seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Data/decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  senza  con esame voto \_\_\_\_\_  n. ECM \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

uditore  relatore Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_  Corso di aggiornamento  Convegno  Congresso  Seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Data/decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  senza  con esame voto \_\_\_\_\_  n. ECM \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

uditore  relatore Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_  Corso di aggiornamento  Convegno  Congresso  Seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Data/decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  senza  con esame voto \_\_\_\_\_  n. ECM \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

uditore  relatore Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_  Corso di aggiornamento  Convegno  Congresso  Seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Data/decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  senza  con esame voto \_\_\_\_\_  n. ECM \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

uditore  relatore Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_  Corso di aggiornamento  Convegno  Congresso  Seminario  altro \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Data/decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  senza  con esame voto \_\_\_\_\_  n. ECM \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

uditore  relatore Sede di svolgimento: \_\_\_\_\_



*Il sottoscritto, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente dichiarazione e dei documenti ad essa allegati, incorrerà nelle sanzioni penali di cui al D.P.R. 445/2000 e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle dichiarazioni non veritiere nonché che l'Azienda provvederà alla trasmissione dei relativi atti alle autorità giudiziarie competenti, ai Collegi/Ordini ed alle eventuali amministrazioni di appartenenza, DICHIARA che quanto riportato nel presente Curriculum formativo e professionale formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà corrisponde al vero e che le copie ad esso allegare sono conformi agli originali in suo possesso.*

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Note per la compilazione del Curriculum formativo e professionale formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà**

- (1) i titoli di studio conseguiti all'estero devono essere stati sottoposti a procedura di riconoscimento da parte del Ministero della Salute in base a quanto stabilito dal D.Lgs. 6 novembre 2007, n. 206;
- (2) sono ammessi a partecipare alla selezione, anche se sprovvisti della specializzazione richiesta, i dipendenti in servizio di ruolo all'1/2/1998 presso le U.S.L. e le Aziende Ospedaliere con qualifica di Dirigente Medico nella disciplina per la quale è indetto selezione (art. 56, c.2 D.P.R. n. 483/97);
- (3) es. Altra Laurea/Altra Specializzazione/Dottorato di ricerca/Master universitario di I° e II° livello/Perfezionamento;
- (4) l'iscrizione al corrispondente Albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;

Il presente AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE è pubblicato esclusivamente sul sito della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata  
[www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) - sezione *Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici*