

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 DPR n. 445/00 per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del suddetto DPR,

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 _____
estremi 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: _____;

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

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

inquadrato nella qualifica di *Dirigente Medico - disciplina di* _____
presso _____

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

Conseguito presso _____
estremi 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: _____

PUBBLICAZIONI/elenco delle pubblicazioni edite a stampa, allegate alla domanda in formato PDF)

n. ____ - _____

n. ____ - _____

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. n. 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 allegate 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 - sezione *Concorsi e Avvisi/Concorsi e Avvisi Pubblici*