## 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**

**ATENEO** _____
in data _____ con voto _____;
**Se titolo conseguito all'Estero e riconosciuto equivalente: (1)**
Conseguito presso _____
estremi atto riconoscimento equivalenza _____ in data _____
Ente emettitore_____

**☐ SPECIALIZZAZIONE**

**DISCIPLINA:** _____
**ATENEO/Scuola** _____
☐ **DISCIPLINA EQUIPOLLENTE** ex DM 30/01/98; ☐ **DISCIPLINA AFFINE** ex DM 31/01/98;
☐ **DURATA DEL CORSO IN ANNI**: **_____;**
☐ **CONSEGUITA in data: _____; VOTO** _____;
**ovvero** ☐ **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)**
**inquadrato in qualità di Dirigente Medico - disciplina di** _____
**presso** _____-_____

***Se titolo conseguito all'Estero e riconosciuto equivalente:*** *(1)*
*Conseguito presso* _____
*estremi atto riconoscimento equivalenza* _____ *in data* _____
*Ente emettitore*_____

**☐ 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

---

**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** (pubblicazioni edite a stampa, allegate alla domanda in formato PDF)

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**n.** ____ - _____

**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. 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 ove sprovvisti della specializzazione richiesta, purché specializzati), 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***