

ALLEGATO B - Dichiarazione titoli curriculum formativo/professionale

formulata quale *Dichiarazione sostitutiva di certificazione/di atto di notorietà ex artt. 46/47 DPR n. 445/00*

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ (____) il _____

IN RELAZIONE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE

all'AVVISO APERTO di manifestazione di interesse, per soli titoli, con disponibilità immediata per le esigenze assistenziali correlate all'emergenza epidemiologica COVID-19 per il profilo di DIRIGENTE MEDICO - disciplina MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA *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 IL POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI

TITOLI DI STUDIO E ACCADEMICI: barrare le caselle che interessano e compilare

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

conseguita presso _____

in data _____ con voto _____;

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

Conseguito presso _____

estremi atto riconoscimento equivalenza _____ in data _____

Ente emittitore _____

SPECIALIZZAZIONE nella disciplina ovvero: equipollente ex DM 30/01/98 affine ex DM 31/01/98

Disciplina: _____

Scuola _____

durata corso in anni: _____;

specializzazione conseguita il: _____; con voto _____;

OVVERO

di essere iscritto/a al: _____° anno di formazione specialistica.

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 nella qualifica di Dirigente Medico disciplina di _____

presso _____

specialista in: _____

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

Conseguito presso _____

estremi atto riconoscimento equivalenza _____ in data _____

Ente emittitore _____

ALTRI TITOLI (3)

Denominazione: _____

conseguito presso _____

in data _____ con voto _____ durata in anni _____;

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

Conseguito presso _____

estremi atto riconoscimento equivalenza _____ in data _____

Ente emittitore _____

ISCRIZIONE ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI:

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 inquadramento: _____
 Decorrenza rapporto: dal _____ al _____
 Tipo assunzione: tempo indeterminato tempo determinato
 Contratto: Dirigenza Medica SSN Med. spec. convenzionata (ACN)
 libero professionale co.co.co.
 Ore settimanali: N. _____
 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 inquadramento: _____
 Decorrenza rapporto: dal _____ al _____
 Tipo assunzione: tempo indeterminato tempo determinato
 Contratto: Dirigenza Medica SSN Med. spec. convenzionata (ACN)
 libero professionale co.co.co.
 Ore settimanali: N. _____
 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 inquadramento: _____
 Decorrenza rapporto: dal _____ al _____
 Tipo assunzione: tempo indeterminato tempo determinato
 Contratto: Dirigenza Medica SSN Med. spec. convenzionata (ACN)
 libero professionale co.co.co.
 Ore settimanali: N. _____
 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 inquadramento: _____
 Decorrenza rapporto: dal _____ al _____
 Tipo assunzione: tempo indeterminato tempo determinato
 Contratto: Dirigenza Medica SSN Med. spec. convenzionata (ACN)
 libero professionale co.co.co.
 Ore settimanali: N. _____
 Interruzioni rapporto: dal _____ al _____ per aspettativa-congedo altra assenza

ESPERIENZE FORMATIVE: barrare le caselle che interessano e compilare

ATTIVITÀ DI DOCENZA attinente non attinente profilo a selezione

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

Materia di insegnamento: _____

Ente: _____

Decorrenza: dal _____ al _____ ORE ____; *ovvero* n. mesi ____; *ovvero* n. aa./a.scol.: ____.

tipo contratto: TI TD COCOCO Libero Prof.le Altro _____

ATTIVITÀ DI DOCENZA attinente non attinente profilo a selezione

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

Materia di insegnamento: _____

Ente: _____

Decorrenza: dal _____ al _____ ORE ____; *ovvero* n. mesi ____; *ovvero* n. aa./a.scol.: ____.

tipo contratto: TI TD COCOCO Libero Prof.le Altro _____

ASSEGNISTA DI RICERCA-BORSA DI STUDIO attinente non attinente profilo

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

Assegno di Ricerca Borsa di Studio

Materia _____

Ente: _____

Decorrenza: dal _____ al _____ - ore ____; *ovvero* n. mesi ____; *ovvero* n. aa./a.scol.: ____.

tipo contratto: TI TD COCOCO Libero Prof.le Altro _____

ore totali _____ *ovvero* n. ____ mesi; *ovvero* n. ____ a.a./a. scolastici.

ASSEGNISTA DI RICERCA-BORSA DI STUDIO attinente non attinente profilo

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

Assegno di Ricerca Borsa di Studio

Materia _____

Ente: _____

Decorrenza: dal _____ al _____ - ore ____; *ovvero* n. mesi ____; *ovvero* n. aa./a.scol.: ____.

tipo contratto: TI TD COCOCO Libero Prof.le Altro _____

ore totali _____ *ovvero* n. ____ mesi; *ovvero* n. ____ a.a./a. scolastici.

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO

n. ____ Corso di aggiornamento Convegno Congresso Seminario altro _____

Titolo: _____

Data/decorrenza: dal _____ al _____ senza con esame voto ____ n. ECM ____

Ente organizzatore: _____

Sede di svolgimento: _____

uditore relatore

n. ____ Corso di aggiornamento Convegno Congresso Seminario altro _____

Titolo: _____

Data/decorrenza: dal _____ al _____ senza con esame voto ____ n. ECM ____

Ente organizzatore: _____

Sede di svolgimento: _____

uditore relatore

n. ____ Corso di aggiornamento Convegno Congresso Seminario altro _____

Titolo: _____

Data/decorrenza: dal _____ al _____ senza con esame voto ____ n. ECM ____

Ente organizzatore: _____

Sede di svolgimento: _____

uditore relatore

n. ____ Corso di aggiornamento Convegno Congresso Seminario altro _____

Titolo: _____

Data/decorrenza: dal _____ al _____ senza con esame voto ____ n. ECM ____

Ente organizzatore: _____

Sede di svolgimento: _____

uditore relatore

n. ____ Corso di aggiornamento Convegno Congresso Seminario altro _____

Titolo: _____

Data/decorrenza: dal _____ al _____ senza con esame voto ____ n. ECM ____

Ente organizzatore: _____

Sede di svolgimento: _____

uditore relatore

n. ____ Corso di aggiornamento Convegno Congresso Seminario altro _____

Titolo: _____

Data/decorrenza: dal _____ al _____ senza con esame voto ____ n. ECM ____

Ente organizzatore: _____

Sede di svolgimento: _____

uditore relatore

n. ____ Corso di aggiornamento Convegno Congresso Seminario altro _____

Titolo: _____

Data/decorrenza: dal _____ al _____ senza con esame voto ____ n. ECM ____

Ente organizzatore: _____

Sede di svolgimento: _____

uditore relatore

PUBBLICAZIONI: elenco delle pubblicazioni edite a stampa (allegate alla domanda in formato PDF)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____
- 11) _____
- 12) _____
- 13) _____
- 14) _____
- 15) _____
- 16) _____
- 17) _____
- 18) _____
- 19) _____
- 20) _____
- 21) _____
- 22) _____
- 23) _____
- 24) _____
- 25) _____

