

**ALLEGATO B) Dichiarazione Requisiti/Titoli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/00 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R., sotto la propria responsabilità

**DICHIARA il possesso dei seguenti requisiti e titoli:**

**TITOLO DI STUDIO/PROFESSIONALE**

**LAUREA/LAUREA SPECIALISTICA/ALTRO**

\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_.

*se conseguito all'Estero specificare atto di riconoscimento/equivalenza* \_\_\_\_\_

*rilasciato da* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

**TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE (ove previsto):**

\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_.

*se conseguito all'Estero specificare atto di riconoscimento/equivalenza* \_\_\_\_\_

*rilasciato da* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_  
*il* \_\_\_\_\_

**ALTRI TITOLI**

\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_.

*se conseguito all'Estero specificare atto di riconoscimento/equivalenza* \_\_\_\_\_

*rilasciato da* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

**ISCRIZIONE ORDINE/ALBO**

**ORDINE/ALBO PROFESSIONALE:** \_\_\_\_\_

provincia  \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_.

*se Stato estero specificare luogo iscrizione* \_\_\_\_\_ *n°* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_.

**GRADUATORIA DI INDIVIDUAZIONE per assunzione con contratto a tempo determinato subordinato presso la FONDAZIONE PTV Policlinico Tor Vergata**

**Tipo graduatoria:**  concorso pubblico  avviso pubblico  altra procedura: \_\_\_\_\_

Ente titolare della graduatoria \_\_\_\_\_

Deliberazione di approvazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**SERVIZIO PRESTATO DAL 1/01/2015 – 31/12/2022 (ultimi 8 anni)**

n. \_\_\_ - presso:  Policlinico Tor Vergata  Altra Azienda/Ente S.S.N.:

specificare Azienda: \_\_\_\_\_

profilo/qualifica: \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo contratto:  TD subordinato S.S.N.  tempo pieno  part-time al \_\_\_%  
 CO.CO.CO. n. \_\_\_\_\_ ore settimanali  
 libero professionale n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

n. \_\_\_ - presso:  Policlinico Tor Vergata  Altra Azienda/Ente S.S.N.:

specificare Azienda: \_\_\_\_\_

profilo/qualifica: \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo contratto:  TD subordinato S.S.N.  tempo pieno  part-time al \_\_\_%  
 CO.CO.CO. n. \_\_\_\_\_ ore settimanali  
 libero professionale n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

n. \_\_\_ - presso:  Policlinico Tor Vergata  Altra Azienda/Ente S.S.N.:

specificare Azienda: \_\_\_\_\_

profilo/qualifica: \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo contratto:  TD subordinato S.S.N.  tempo pieno  part-time al \_\_\_%  
 CO.CO.CO. n. \_\_\_\_\_ ore settimanali  
 libero professionale n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

n. \_\_\_ - presso:  Policlinico Tor Vergata  Altra Azienda/Ente S.S.N.:

specificare Azienda: \_\_\_\_\_

profilo/qualifica: \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo contratto:  TD subordinato S.S.N.  tempo pieno  part-time al \_\_\_%  
 CO.CO.CO. n. \_\_\_\_\_ ore settimanali  
 libero professionale n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

n. \_\_\_ - presso:  Policlinico Tor Vergata  Altra Azienda/Ente S.S.N.:

specificare Azienda: \_\_\_\_\_

profilo/qualifica: \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_

decorrenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

tipo contratto:  TD subordinato S.S.N.  tempo pieno  part-time al \_\_\_%  
 CO.CO.CO. n. \_\_\_\_\_ ore settimanali  
 libero professionale n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

ATTENZIONE: ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'