

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****C.P.S. Collaboratore Professionale Sanitario – Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico***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:****TITOLI DI STUDIO E ACCADEMICI (barrare le caselle che interessano e compilare)** **LAUREA - D.U. - TITOLO EQUIPOLLENTE**

In: _____

Conseguito in data _____ con voto _____ - durata in anni _____

Ateneo/Ente: _____

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

Conseguito presso _____

estremi atto riconoscimento equivalenza _____ in data _____

Ente emittitore _____

 ALTRI TITOLI (2)

n. ____ - titolo _____

conseguito in data _____ durata anni _____ voto _____.

presso _____

n. ____ - titolo _____

conseguito in data _____ durata anni _____ voto _____.

presso _____

ISCRIZIONE ALBO (barrare le caselle che interessano e compilare) Albo della provincia di _____ n° di posizione _____ dal _____**Se iscrizione in altro Paese europeo: (3)**

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: _____

qualifica di inquadramento: _____

Decorrenza rapporto: dal _____ al _____;

Tipo assunzione: tempo INDETERMINATO tempo DETERMINATO

Contratto: libero professionale co.co.co.

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: _____

qualifica di inquadramento: _____

Decorrenza rapporto: dal _____ al _____;

Tipo assunzione: tempo INDETERMINATO tempo DETERMINATO

Contratto: libero professionale co.co.co.

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: _____

qualifica di inquadramento: _____

Decorrenza rapporto: dal _____ al _____;

Tipo assunzione: tempo INDETERMINATO tempo DETERMINATO

Contratto: libero professionale co.co.co.

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: _____

qualifica di inquadramento: _____

Decorrenza rapporto: dal _____ al _____;

Tipo assunzione: tempo INDETERMINATO tempo DETERMINATO

Contratto: libero professionale co.co.co.

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: _____

qualifica di inquadramento: _____

Decorrenza rapporto: dal _____ al _____;

Tipo assunzione: tempo INDETERMINATO tempo DETERMINATO

Contratto: libero professionale co.co.co.

Orario settimanale di servizio: n. h _____ tempo pieno PT/ ____ %

Interruzioni rapporto: dal _____ al _____ per aspettativa-congedo altra assenza

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 Albi/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/PROFESSIONALI 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) es. Laurea Specialistica/Dottorato di ricerca/Master universitario di I° e II° livello/Perfezionamento;

(3) 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*