

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Autocertificazioni (artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto

COGNOME E NOME	NATO A	IL

RESIDENTE A (luogo/provincia)	IN (indirizzo)	TELEFONO CELLULARE E-MAIL E PEC

in riferimento alla domanda di partecipazione alla pubblica selezione per l'attribuzione di incarico libero professionale per

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenuti dati non più rispondenti a verità, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna, dichiara sotto la propria personale responsabilità che quanto di seguito riportato corrisponde a verità.

DICHIARA

(barrare e compilare la/le voci che riguardano la/le dichiarazione/i effettuate)

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

DENOMINAZIONE TITOLO STUDIO	ISTITUTO SCOLASTICO	SEDE ISTITUTO SCOLASTICO	DATA RILASCIO	VOTO

LAUREA	UNIVERSITA'	SEDE UNIVERSITA'	DATA RILASCIO	VOTO

Durata legale del corso di laurea (anni accademici) _____

Titolo tesi di laurea _____

Estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale titolo di studio conseguito all'estero: _____

SPECIALIZZAZIONE	UNIVERSITA'	SEDE UNIVERSITA'	DATA RILASCIO	VOTO

Durata legale del corso di specializzazione (anni accademici) _____

Titolo tesi di specializzazione _____

Estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale titolo di studio conseguito all'estero: _____

- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della seguente professione:

PROFESSIONE	UNIVERSITA'	SEDE UNIVERSITA'	DATA RILASCIO (sessione)	VOTO

- di essere iscritto al seguente albo/elenco professionale:

ALBO/ELENCO	PROVINCIA/COLLEGIO	DATA E N. ISCRIZIONE

- di essere stato (di essere) dipendente delle seguenti pubbliche amministrazioni (A.S.L., A.S.O., Enti Pubblici, ecc.):

N	ENTE CON INDIRIZZO	TIPO RAPPORTO*	POSIZIONE QUALIFICA PROFILO DISCIPLINA	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)
1					
2					
...					

* indicare:

- dipendente a tempo indeterminato, a tempo determinato, tempo pieno, tempo parziale con percentuale, ecc.
- eventuali interruzioni (aspettativa, congedi, ecc.) e relativi periodi
- se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 D.P.R. n. 761/79 e la misura della riduzione
- motivi della cessazione
- servizio militare
- estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale servizio prestato all'estero

- di essere stato (di essere) dipendente delle seguenti case di cura private convenzionate/accreditate:

N	ENTE CON INDIRIZZO	TIPO RAPPORTO*	POSIZIONE QUALIFICA PROFILO DISCIPLINA	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Impegno orario settimanale
1						
...						

* indicare:

- dipendente a tempo indeterminato, a tempo determinato, tempo pieno, tempo parziale con percentuale, ecc.
- impegno orario settimanale
- eventuali interruzioni (aspettativa, congedi, ecc.) e relativi periodi
- motivi della cessazione

- estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale servizio prestato all'estero
- di aver prestato (di prestare) attività a diverso titolo presso le seguenti pubbliche amministrazioni (A.S.L., A.S.O., Enti Pubblici, ecc.) e case di cura private convenzionate/accreditate:

N	ENTE CON INDIRIZZO	TIPO RAPPORTO*	POSIZIONE QUALIFICA PROFILO DISCIPLINA	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Impegno orario settimanale
1						
...						

* **indicare:**

- incarico libero – professionale, collaborazione coordinata e continuativa, borsa di studio, convenzionato, stage, frequenza volontaria, ecc. con impegno orario settimanale.
- motivi della cessazione
- indicare l'orario settimanale per l'attività specialistica ambulatoriale convenzionata
- indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di eventuale servizio prestato all'estero

- di avere svolto (di svolgere) i seguenti servizi/attività presso privati:

N	DATORE LAVORO CON INDIRIZZO	TIPO RAPPORTO	QUALIFICA	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	Impegno orario settimanale
1						
...						
...						

Possono essere allegati certificati

- di avere partecipato ai seguenti corsi/congressi/convegni/seminari:

N	TITOLO	ENTE ORGANIZZATORE	DATA LUOGO DURATA SVOLGIMENTO	TIPO CORSO*
1				
...				
...				

* **indicare:**

con/senza esame finale, come uditore/relatore o docente
Possono essere allegati certificati

- di avere svolto (di svolgere) la seguente attività di docenza:

N	DOCENZA	ENTE ORGANIZZATORE	DATA SVOLGIMENTO	N° ORE DOCENZA
1				
...				
...				

Possono essere allegati certificati

- di essere autore/coautore dei seguenti lavori scientifici editi a stampa:

N	AUTORE/I	TITOLO	RIVISTA/TESTO EDIZIONE DATA	N° PAGINE
1				
...				
...				

Devono essere allegati pubblicazioni

Ulteriori elementi utili per la valutazione:

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (U.E.) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA, _____

FIRMA _____

N.B.: Il presente stampato costituisce una traccia che può essere modificata a seconda delle esigenze dell'interessato.