

ALLEGATO C

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
Via Tristano di Joannuccio
05100 TERNI

Il/la sottoscritto/a:	COGNOME	NOME.....
	Nato il	a..... prov....

CODICE FISCALE:

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 e smi, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, e che l'A.O. "S. Maria" può acquisire direttamente gli atti comprovanti:

di essere in possesso della Laurea in
conseguita in data
presso l'Università degli Studi di

Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia

Riconoscimento a cura del in data

di essere abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo
conseguita in data
presso

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di
dal n° di iscrizione

di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:

Denominazione:
conseguito in data presso l'Università di
ai sensi del DLgs 257/1991 DLgs 368/1999 durata anni

Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia

Riconoscimento a cura del in data

Dichiara , sotto la propria responsabilità, in sostituzione di atto notorio ai sensi dell'art.47/DPR.445/2000 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi:

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:
profilo professionale disciplina

dal al
con rapporto determinato indeterminato

a tempo pieno con impegno ridotto, ore settimanal.....

dal al
dal al

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi senza assegni):
dal al (indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto

Dichiara , sotto la propria responsabilità, in sostituzione di atto notorio ai sensi dell'art.47/DPR.445/2000 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, quanto segue:

Incarico dirigenziale e relative competenze con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa)

tipologia incarico

dal al

presso UOC.....

descrizione attività svolta

.....
.....
.....
.....

presso (Azienda Sanitaria, Ente Struttura privata, ecc .)

di - via n.

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

DA PRODURRE IN ORIGINALE O IN COPIA LEGALE O AUTENTICATA AI SENSI DI LEGGE:

Tipologia della Azienda/Ente in cui è stata svolta la predetta attività (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura: esempio Azienda di Alta Specializzazione, o altro)

.....
.....
.....
.....

Tipologia delle prestazioni erogate dall'Azienda/Ente medesima (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura)

.....
.....
.....
.....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi: , quanto segue:

di avere prestato attività specialistica ambulatoriale ex Accordo Collettivo Nazionale.
nella branca di al (indicare giorno/mese/anno)
dal con impegno settimanale pari a ore
dal al
con impegno settimanale pari a ore
presso (Azienda Sanitaria, Ente Struttura privata, ecc.)
di – via n.

DA PRODURRE IN ORIGINALE O IN COPIA LEGALE O AUTENTICATA AI SENSI DI LEGGE:

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato (certificate dal Direttore Sanitario dell'Azienda sulla base dell'attestazione del Direttore di Dipartimento o Unità Operativa della ASL o Azienda Ospedaliera/Ente/Istituzione di appartenenza)

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, quanto segue:

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale

dal..... al
presso
contenuti del corso

dal..... al
presso
contenuti del corso

dal..... al
presso
contenuti del corso

Altre Specializzazioni, Laurea, Master e Corsi di Perfezionamento:

Laurea in conseguita in data presso
l'Università degli Studi di

Specializzazione in conseguita in data presso
l'Università degli Studi di

Master in conseguito in data presso
.....

Corso di perfezionamento in conseguito in data
presso
l'Università degli Studi di

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi , quanto segue:

Soggiorni di studio/addestramento

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività inerenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a mesi tre, con esclusione dei tirocini obbligatori)

Presso

.....(prov.) – Via

n. dal al..... (indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

di avere svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di lauree o di specializzazioni dei profili medici o della dirigenza sanitaria nonché delle professioni sanitarie ovvero presso scuole per la formazione del personale sanitario - esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)
presso

.....
nell'ambito del Corso di
insegnamento a.a.
ore docenza (specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

Di avere partecipato alle seguenti attività di aggiornamento/scientifiche:

quale uditore a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO (giorno/mese/anno dal/al)	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM

(aumentare le righe se insufficienti)

quale relatore a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero, (le attestazioni devono essere **allegate in originale o in copia conforme**)

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO (giorno/mese/anno dal/al)	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM

(aumentare le righe se insufficienti)

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 e smi, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi , quanto segue:

Autore dei seguenti lavori scientifici – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, rivista/pubblicazione, anno pubblicazione) allegati in originale o in copia conforme

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....

(aumentare le righe se insufficienti)

Collaborazione alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro,/pubblicazione, anno pubblicazione)

1.
.....
.....
2.
.....
.....

(aumentare le righe se insufficienti)

Altre attività

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(aumentare le righe se insufficienti)

Dichiara, infine, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d'identità o passaporto) in corso di validità.

Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Li _____

_____ firma