

CURRICULUM PROFESSIONALE

Attività svolta esclusivamente presso

- S.S.N.

- altre Pubbliche Amministrazioni

(attenzione: non inserire in questa sezione i servizi svolti mediante datori di lavoro privati come agenzie o cooperative).

La dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende produrre.

L'OMMISSIONE ANCHE DI UN SOLO ELEMENTO COMPORTA LA NON VALUTAZIONE DEL TITOLO AUTOCERTIFICATO.

Datore di lavoro (Denominazione e Sede - via - città - tel.)	data di assunzione (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo - Borsa di studio - Frequenza volontaria - Tirocinio post-laurea	Qualifica e disciplina Es. Assistente Sanitario	Impegno orario settimanale (indicare n.ore settimanali)

SCHEMA DA RIPETERE PER OGNI EVENTUALE ALTRO RAPPORTO DI LAVORO

CURRICULUM PROFESSIONALE

Attività svolta esclusivamente mediante privati presso il SSN

La dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende produrre.

L'OMISSIONE ANCHE DI UN SOLO ELEMENTO COMPORTA LA NON VALUTAZIONE DEL TITOLO AUTOCERTIFICATO.

Datore di lavoro (Denominazione e Sede - via - città - tel.)	SEDE DOVE VIENE SVOLTA L'ATTIVITA' LAVORATIVA' (Denominazione Ente e Sede - via-città- tel.)	data di assunzione (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo - Borsa di studio - Frequenza volontaria - Tirocinio post-laurea	Qualifica e disciplina Es. Assistente Sanitario	Impegno orario settimanale (indicare n.ore settimanali)

CURRICULUM PROFESSIONALE

Attività svolta esclusivamente presso strutture sanitarie convenzionate o accreditate con il SSN
 La dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende produrre.
L'OMMISSIONE ANCHE DI UN SOLO ELEMENTO COMPORTA LA NON VALUTAZIONE DEL TITOLO AUTOCERTIFICATO.

Datore di lavoro (Denominazione e Sede - via - città - tel.)	data di assunzione (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo - Borsa di studio - Frequenza volontaria - Tirocinio post-laurea	Qualifica e disciplina Es. Assistente Sanitario	Impegno orario settimanale (indicare n.ore settimanali)

CURRICULUM PROFESSIONALE

Attività svolta esclusivamente presso strutture sanitarie private

La dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende produrre.

L'OMISSIONE ANCHE DI UN SOLO ELEMENTO COMPORTA LA NON VALUTAZIONE DEL TITOLO AUTOCERTIFICATO.

Datore di lavoro (Denominazione e Sede - via - città - tel.)	data di assunzione (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo - Borsa di studio - volontario	Qualifica e disciplina Es. Assistente Sanitario	Impegno orario settimanale (indicare n.ore settimanali)

SCHEMA DA RIPETERE PER OGNI EVENTUALE ALTRO RAPPORTO DI LAVORO

CURRICULUM VITAE
(ALTRE NOTIZIE ED INFORMAZIONI PERSONALI)

Data _____

Firma in originale