

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

**FORMULATO AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000  
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')**

Il sottoscritto .....  
nato a ..... il .....  
residente in ..... Via .....  
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non  
veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 e sotto la propria personale  
responsabilità

**DICHIARA**

i seguenti stati e fatti personali:

**Titoli di studio per l'accesso al concorso**

.....  
..... conseguito presso .....  
..... voto ..... in data .....

.....  
..... conseguito presso .....  
..... voto ..... in data .....

\*\*\*\*\*

**Altri titoli di studio** (master, laurea specialistica, dottorato di ricerca, etc, etc.)

..... conseguito presso .....  
..... in data .....

..... conseguito presso .....  
..... in data .....

\*\*\*\*\*

**Iscrizione albo Collegio/Ordine Professionale** dei .....  
della Provincia di.....dal .....n. posizione .....

\*\*\*\*\*

**Pubblicazioni /abstract / poster / altro (indicare se allegate in originale o in copia resa  
conforme):**

Titolo: .....

Rivista scientifica / altro .....

N.B. Schema da riprodurre per ogni pubblicazione etc.

\*\*\*\*\*



Attività svolta nel profilo professionale di.....  
presso (esatta denominazione e indirizzo struttura).....  
.....  
dal .....al .....  
Tempo indeterminato / tempo determinato (cancellare l'ipotesi che non interessa)  
Tempo pieno / tempo parziale: per n. ....ore settimanali / percentuale .....  
(cancellare l'ipotesi che non interessa)  
N.B. Schema da riprodurre per ogni esperienza

\*\*\*\*\*

**Attività di docenza:**

Titolo del Corso .....  
Ente Organizzatore .....  
a.a. / a.s. .... oppure: data di svolgimento..... ore docenza n. ....  
Materia di insegnamento:.....  
N.B. Per ogni materia indicare il totale delle ore e/o degli aa.aa. o aa.ss.; schema da riprodurre per ciascuna docenza / materia.

\*\*\*\*\*

**Partecipazione ad attività di aggiornamento, convegni, seminari, corsi di lingua ed informatica, etc.**

Denominazione del corso:.....  
Ente organizzatore e luogo svolgimento .....  
Data/e di svolgimento .....num. giorni..... oppure ore compless .....  
Modalità svolgimento (indicare se uditore o relatore; se con esame finale o senza esame finale; se con ECM e quanti) .....  
N.B. Schema da riprodurre per ogni partecipazione ad attività di aggiornamento etc.

\*\*\*\*\*

**Altro**

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

Il/la sottoscritt\_ dichiara altresì di autorizzare l'Azienda Sanitaria al trattamento dei propri dati personali, finalizzati all'espletamento della procedura in argomento, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento U.E. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/4/2016.

**Le fotocopie (eventualmente) allegate sono conformi agli originali in mio possesso.**

Si allega fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale.

Luogo e data .....

**FIRMA**

.....