**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-consapevole che l’Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati,

-consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

# *DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA’:*

**Che l’indirizzo PEC eventualmente posseduto per le comunicazioni ufficiali è il seguente**

**di essere in possesso dei seguenti titoli**:

### TITOLI DI CARRIERA

|  |
| --- |
| Servizi svolti in qualità di dipendente, presso Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituti Zooprofilattici Sperimentali e presso altre Pubbliche Amministrazioni, nel profilo professionale di **RICERCATORE SANITARIO o qualifiche corrispondenti**, (compresi i servizi prestati all’estero riconosciuti ai sensi della Legge 735/1960 e s.m.i.- allegare decreto di riconoscimento)  |
| ***Pubblica Amministrazione*** | ***Profilo*** ***Professionale***  | ***data di assunzione*** | ***data di cessazione*** | ***tempo pieno*** ***o tempo parziale*** *(indicare la percentuale di part-time)*  | ***cause di risoluzione*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Servizi prestati presso Istituti, Enti e Istituzioni Private, nel profilo professionale di **RICERCATORE SANITARIO o qualifiche corrispondenti** |
| **Istituto, Ente o Istituzione Privata equiparati ai sensi dell’art. 4 commi 12, 13 e 15 undecies del D.lgs n. 502/1992** | ***data di assunzione*** | ***data di cessazione*** | ***qualifica esatta*** | ***tempo pieno o tempo parziale (indicare la percentuale di part-time)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Servizi prestati presso Case di cura private CONVENZIONATE o ACCREDITATE, nel profilo professionale di **RICERCATORE SANITARIO o qualifiche corrispondenti i** |
| ***Casa di cura privata convenzionata/accreditata*** | ***data di assunzione*** | ***data di cessazione*** | ***qualifica esatta*** | ***tempo pieno o tempo parziale (indicare la percentuale di part-time)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

|  |
| --- |
| Elencare i titoli di studio attinenti (lauree, master)  |
| **Laurea valida come requisito di ammissione NB INDICARE LA CLASSE DI LAUREA E LA DENOMINAZIONE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguita il: presso:  |
| **Titoli ulteriori** Denominazione titolo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Denominazione titolo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

### PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

|  |
| --- |
| Elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista allegando copia degli articoli o delle pubblicazioni |
|  |

### CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

|  |
| --- |
| Servizi presso la Pubblica Amministrazione svolti come incarichi di **collaborazione coordinata e continuativa**, di **collaborazione a progetto**, **incarico liberi professionali**, **borsa di studio** e **assegni di ricerca** nonché altri incarichi di lavoro presso pubblica amministrazione o presso privati, es. attività lavorative **presso** **CRO** ) specifici rispetto alla posizione funzionale da conferire e con funzioni attinenti al profilo professionale a concorso  |
| ***Azienda sanitaria/*** ***Altra Pubblica Amministrazione/ Ente privato***  | ***Tipologia di rapporto*** ***(co.co.co., collaborazione a progetto, LP ecc)***  | ***Profilo professionale/ Qualifica***  | ***data di inizio incarico/ assunzione*** | ***data di fine incarico/ assunzione*** | ***Nr. ore settimanali prestate*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI Inserire dettagliatamente l’elenco dei corsi formativi professionali o di aggiornamento attinenti, frequentati **dopo** il conseguimento della laurea richiesta quale requisito specifico di ammissione, **in qualità di uditore e di relatore** |
| ***Ente promotore del corso*** | ***Titolo del corso*** | ***Durata in giorni*** | ***Durata in ore*** | ***Date di riferimento*** | ***Uditore/Relatore*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PARTECIPAZIONEA PROGETTI NAZIONALI/INTERNAZIONALI  |  |
| ***Ente***  | ***Titolo della Materia/Progetto***  | ***Durata del progetto*** | ***Date di riferimento*** | ***Eventuali note***  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| CONSEGUIMENTO DI PREMI E RICONOSCIMENTI PER ATTIVITA’ DI RICERCA |
| ***Ente***  | ***Tipologia attività di ricerca***  | ***Titolo*** ***del premio*** | ***Data di riferimento*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| INCARICHI DI INSEGNAMENTO CONFERITI DA ENTI PUBBLICI - inserire dettagliatamente l’elenco delle docenze in materie attinenti, svolte **dopo** il conseguimento della Laurea richiesta come requisito specifico  |
| ***Ente che ha conferito la docenza*** | ***Titolo della docenza/Materia*** | ***Durata della docenza*** | ***Date di riferimento*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ULTERIORI TITOLI CHE SI INTENDONO DICHIARARE**  |
|  |
|  |
|  |

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs n.196/2003 e del GDPR (Regolamento UE n. 679/2016)**

Data

Firma