

## 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':**

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 **COLLABORATORE PROFESSIONALE DI RICERCA SANITARI o qualifiche corrispondenti**, (compresi i servizi prestati all'estero riconosciuti ai sensi della Legge 735/1960 e s.m.i.- allegare decreto di riconoscimento)

<i><b>Pubblica Amministrazione</b></i>	<i><b>Profilo Professionale</b></i>	<i><b>data di assunzione</b></i>	<i><b>data di cessazione</b></i>	<i><b>tempo pieno o tempo parziale (indicare la percentuale di part-time)</b></i>	<i><b>cause di risoluzione</b></i>

Servizi prestati presso Istituti, Enti e Istituzioni Private, nel profilo professionale di **COLLABORATORE PROFESSIONALE DI RICERCA SANITARIA o qualifiche corrispondenti**

<i><b>Istituto, Ente o Istituzione Privata equiparati ai sensi dell'art. 4 commi 12, 13 e 15 undecies del D.lgs n. 502/1992</b></i>	<i><b>data di assunzione</b></i>	<i><b>data di cessazione</b></i>	<i><b>qualifica esatta</b></i>	<i><b>tempo pieno o tempo parziale (indicare la percentuale di part-time)</b></i>

Servizi prestati presso Case di cura private CONVENZIONATE o ACCREDITATE, nel profilo professionale di **COLLABORATORE PROFESSIONALE DI RICERCA SANITARIA o qualifiche corrispondenti**

<i><b>Casa di cura privata convenzionata/accreditata</b></i>	<i><b>data di assunzione</b></i>	<i><b>data di cessazione</b></i>	<i><b>qualifica esatta</b></i>	<i><b>tempo pieno o tempo parziale (indicare la</b></i>

				<i>percentuale di part-time)</i>

### **TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO**

Elencare i titoli di studio attinenti (lauree, master)

**Laurea valida come requisito di ammissione: (NB indicare il possesso della LAUREA TRIENNALE, la classe 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

<b><i>Azienda sanitaria/ Altra Pubblica Amministrazione/ Ente privato</i></b>	<b><i>Tipologia di rapporto (co.co.co., collaborazione a progetto, LP ecc)</i></b>	<b><i>Profilo professionale/ Qualifica</i></b>	<b><i>data di inizio incarico/ assunzione</i></b>	<b><i>data di fine incarico/ assunzione</i></b>	<b><i>Nr. ore settimanali prestate</i></b>

--	--	--	--	--	--

CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI						
Inserire dettagliatamente l'elenco dei corsi formativi professionali o di aggiornamento attinenti, frequentati <b>dopo</b> il conseguimento della laurea richiesta quale requisito specifico di ammissione, <b>in qualità di uditore e di relatore</b>						
<i>Ente promotore del corso</i>	<i>Titolo del corso</i>	<i>Durata in giorni</i>	<i>Durata in ore</i>	<i>Date di riferimento</i>	<i>Uditore/Relatore</i>	<i>Con esame finale e/o ECM</i>

PARTECIPAZIONE A PROGETTI NAZIONALI/INTERNAZIONALI				
<i>Ente</i>	<i>Titolo della Materia/Progetto</i>	<i>Durata del progetto</i>	<i>Date di riferimento</i>	<i>Eventuali note</i>

CONSEGUIMENTO DI PREMI E RICONOSCIMENTI PER ATTIVITA' DI RICERCA			
<i>Ente</i>	<i>Tipologia attività di ricerca</i>	<i>Titolo del premio</i>	<i>Data di riferimento</i>

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

<b>ULTERIORI TITOLI CHE SI INTENDONO DICHIARARE</b>

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 \_\_\_\_\_