**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 veritiere, 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 veritiere, 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 veritiere, di formazione o uso di atti falsi: , quanto segue:

***di avere prestato attività specialistica ambulatoriale ex Accordo Collettivo Nazionale.***
*nella branca di* .....
*dal* ..... *al* ..... *(indicare giorno/mese/anno)*
*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 veritiere, 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 veritiere, 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 dorsi 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 veritiere, 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.

Lì_____

_____
firma