**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

**REDATTO PER LE FINALITA’ DI CUI ALL’ART. 8, C. 3 E 4, D.P.R. 484/97 ED ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL’INCARICO DI DIREZIONE DELLA S.C. MEDICINA INTERNA, DELL’AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE.**

**Reso ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 in forma di**

* **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**
* **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

*Il/la sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*iscritto al N° \_\_\_\_\_\_ dell’Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*consapevole delle sanzioni penali, nel caso di affermazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 del DPR 445 del 28.12.2000,*

***DICHIARA***

*i seguenti stati, fatti e qualità personali:*

**SEZIONE A): ESPERIENZE DI CARATTERE PROFESSIONALE \***

*(riproporre il modulo secondo necessità)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ragione sociale e luogo di attività del datore di lavoro |  |  |
| Tipologia del datore di lavoro |  | indicare se pubblica, privata, accreditata, ecc. |
| Struttura |  | indicare il nome della struttura di appartenenza |
| Periodo  |  | da GGMMAA – a GGMMAA |
| Profilo professionale |  | indicare con precisione* il profilo di inquadramento (es.: Dirigente Medico)
* la disciplina di inquadramento
* il CCNL di riferimento(es.: Sanità Pubblica)
* gli eventuali incarichi attribuiti (es.: alta specializzazione, struttura semplice o complessa)
 |
| Tipo di impiego |  | specificare se determinato, indeterminato, parziale o pieno, lavoro autonomo, specialista convenzionato ecc (in caso di rapporti con impegno inferiore alle 38 h contrattuali indicare l’impegno orario settimanale) |
| Principali mansioni e responsabilità |  | Indicare la tipologia quali quantitativa dell’attività (relativamente alla casistica allegare la prevista documentazione di supporto **\*\*)** |

\* In questa sezione si rileva anche l’anzianità necessaria per l’ammissione all’avviso.

**\*\*** Le casistiche, ai fini valutativi, sono quelle riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico e devono essere certificate dalla Direzione Sanitaria della struttura in cui sono state espletate. (art. 6, c. 2, DPR 484/97)

**SEZIONE B): ESPERIENZE DI CARATTERE FORMATIVO**

**Titoli di Studio ed Accademici \****(riproporre il modulo secondo necessità)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data conseguimento titolo |  | elencare separatamente ciascun titolo acquisito iniziando da quelli più recenti |
| Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione |  |  |
| Tipologia |  | laurea in, abilitazione all’esercizio professionale, specializzazione in, master in, dottorato in …. |
| Durata  |  | indicare la durata complessiva del corso di studio |

\* In questa sezione si rilevano anche i titoli di studio necessari per l’ammissione all’avviso.

**Soggiorni di Studio ed Aggiornamento Professionale degli ultimi 5 anni** *(riproporre il modulo secondo necessità)*

*(indicare le attività attinenti alla disciplina richiesta, in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore ai tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ragione sociale e luogo di attività della struttura ospitante |  |  |
| Tipologia |  | indicare se pubblica, privata, accreditata, ecc. |
| Struttura |  | indicare il nome della struttura presso cui si è operato |
| Periodo  |  | da GGMMAA – a GGMMAA |
| Attività svolta |  | Indicare le caratteristiche ed i contenuti dell’attività svolta nonché le competenze acquisite |

**Corsi di Formazione ed Aggiornamento degli ultimi 5 anni***(riproporre il modulo secondo necessità)*

*(indicare gli eventi attinenti alla disciplina richiesta)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Evento |  | elencare separatamente ciascun evento formativo indicandone la natura: (corso di formazione, convegno, seminario, meeting, ecc.) ed iniziando da quelli più recenti |
| Ente organizzatore |  |  |
| Titolo  |  |  |
| Luogo di svolgimento |  |  |
| Durata  |  | specificare la durata in giornate o ore di partecipazione |
| Partecipazione |  | specificare se uditore, relatore, docente ecc. |
| Crediti ECM |  | se previsti |

**Attività Didattica degli ultimi 5 anni** *(riproporre il modulo secondo necessità)*

*(indicare l'attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, laurea e/o specializzazione o presso scuole per la formazione di personale sanitario)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Corso |  | indicare la tipologia di corso, elencando separatamente ciascun evento ad iniziare dal più recente |
| Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione |  |  |
| Materia  |  | indicare l’argomento trattato |
| Luogo di svolgimento |  |  |
| Durata  |  | Indicare il periodo di riferimento e le ore complessive di insegnamento |

**Produzione Scientifica degli ultimi 10 anni***(riproporre il modulo secondo necessità)*

*(evidenziare la produzione strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane e straniere caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il suo impatto sulla comunità scientifica)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipologia |  | *indicare se trattasi di poster, abstract, articolo, capitolo, libro ecc.* |
| Autore |  | *(se più autori indicare in* ***grassetto*** *il proprio nome)* |
| Titolo |  | *(se capitolo di libro indicare entrambi: prima il capitolo poi il libro)* |
| Nome della testata o del volume |  | *(nel caso si tratti di articolo su rivista scientifica e se nazionale o internazionale)* |
| Data pubblicazione |  |  |

**SEZIONE C): ULTERIORI INFORMAZIONI**

In questa sezione il candidato può inserire ogni ulteriore informazione, non già inserita nelle precedenti sezioni e che reputi utile ai fini della valutazione del curriculum.

 *(riproporre il formato dei moduli utilizzati nelle sezioni precedenti secondo necessità)*

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile)