

Fac-simile curriculum

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a Prov. il

Residente a

Via n.

c.a.p.....

Telefono

Cellulare.....

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC)

Indirizzo di Posta Elettronica

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del DPR n.445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole che ai sensi dell'art.46 del medesimo decreto l'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini CTO può acquisire direttamente gli atti comprovanti, sotto la propria responsabilità

1) Titolo di studio:

Laurea in:

- ☐ Diploma di Laurea (V.O.)
- ☐ Magistrale
- ☐ Specialistica
- Classe _____

Università:

_____ di: _____

- ☐ Anno: _____
- ☐ Voto: _____

eventuale Equipollenza: CLS _____

L'equipollenza od equiparazione alle Lauree delle classi stesse dovrà essere documentata tramite indicazione del relativo provvedimento Legislativo o Ministeriale;

Per i cittadini degli Stati membri dell'UE il titolo di studio non conseguito in Italia deve essere riconosciuto ai sensi della normativa vigente in materia.

Per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza:

.....

Dichiara inoltre:

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio (ulteriori rispetto ai titoli richiesti per l'ammissione):

- esperienze di lavoro **a tempo indeterminato** c/o Pubbliche Amministrazioni:

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta

.....

Part-time ☐Si ☐No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

- esperienze di lavoro **a tempo determinato** c/o Pubbliche Amministrazioni:

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta

.....

Part-time ☐Si ☐No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

- **datori di lavoro privati con rapporto di lavoro subordinato**

Dal.....al.....presso.....

Profilo professionale.....categoria.....

Attività svolta

.....

Part-time ☐Si ☐No Percentuale lavorativa.....

CCNL di riferimento.....

○ **incarico libero professionale/borse di studio/Co.Co.Co:**

Dal.....al.....

Per ore settimanali n.

presso.....

.....

In qualità di

.....

☐ Incarico Libero Professionale ☐ Borsa di studio ☐ Co.Co.Co.

○ **consulente/prestatore d'opera professionale:**

Dal.....al.....

Per ore settimanali n.

presso.....

In qualità di

.....

Tipo incarico ☐ Consulente ☐Prestatore d'opera professionale

○ **seminari, congressi, convegni, corsi di aggiornamento etc.**

indicare con esattezza la data, la durata, il tipo di partecipazione (uditore o relatore) e l'eventuale svolgimento di un esame finale.

☐ Seminario ☐ Congresso ☐ Convegno ☐ Corso di aggiornamento

Titolo

Contenuto

.....

Ente o Istituzione promotrice

Dalal durata ore

Esame finale ☐ Si ☐ No

Partecipazione come ☐ Uditore ☐ Relatore ☐ Docente

○ **Pubblicazioni:**

1) Titolo/contenuto

.....

.....
Rivista/Libro:

○ **Altro:**

.....

.....
Data

.....
Firma leggibile