

Fac-simile curriculum

Al Direttore Generale
dell'ASST Centro Specialistico
Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO
Piazza Cardinal Ferrari, 1
20122 - Milano

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ prov _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ in via _____

Domiciliato a _____ in via _____

e-mail _____

PEC _____

Tel. _____

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

di essere in possesso del diploma di Laurea in:

.....

conseguito in datapresso l'Università degli Studi di

.....

.....

(Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia)

Riconoscimento a cura del

in data

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di.....

dal.....n° di iscrizione.....

di essere i possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

1)Disciplina:.....

conseguita in data.....presso l'Università di

.....

ai sensi del DLgs 257/1991 DLgs 368/1999 durata anni

.....

2)Disciplina:.....

conseguita 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

Tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture ove è stata svolta l'attività

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime

.....
.....
.....
.....
.....

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:

profilo professionale

disciplina.....

dal al

dal al

dal al

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dalal(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto
.....

con rapporto

determinato

indeterminato

a tempo pieno

con impegno ridotto, oresettimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
.....

di – via n.

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato
.....
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN

nella branca di

dal al(indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
.....

di – vian.

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato
.....
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co,

collaborazione libero professionista, prestazione occasionale)

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.)
.....

di – via n.

profilo/mansione/progetto.....

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o cause risoluzione
.....

dal al (indicare
giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore

motivo interruzione o cause risoluzione

.....

Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato

.....

(duplicare le righe se insufficienti)

Competenze del candidato 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 di incarico

dalal

presso

descrizione attività svolta.....

.....

.....

(duplicare le righe se insufficienti)

Soggiorni di studio/addestramento

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

Ente Organizzatore

Titolo del corso

Periodo (giorno/mese/anno) ...dalal.....

con impegno orario settimanale di ore

Luogo di Svolgimento

ECM

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di 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)

Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero (secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

Ente Organizzatore

Titolo del corso

Periodo (giorno/mese/anno) ...dalal.....

con impegno orario settimanale di ore
Luogo di Svolgimento
ECM

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero (secondo i criteri stabiliti dall'art. 9 del DPR 484/1997):

Ente Organizzatore
Titolo del corso
Periodo (giorno/mese/anno) ...dalal.....
con impegno orario settimanale di ore
Luogo di Svolgimento
ECM

(duplicare le righe se insufficienti)

di essere **AUTORE** dei seguenti lavori scientifici – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) che vengono allegati alla domanda in originale o in copia corredata da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale.

1.
2.
3.
4.

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1.
2.
3.
4.

(duplicare le righe se insufficienti)

Altre attività

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

(duplicare le righe se insufficienti)

Dichiara, altresì, 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.

_____, li _____

Il/La dichiarante
