**Consapevole della responsabilità penale in cui potrò incorrere in caso di dichiarazione mendace o esibizione di**

**curriculum vitae**

**atto falso, puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76, DPR 28.12.2000, n.445), dichiaro**

**che i contenuti del mio curriculum vitae, composto da \_\_\_\_\_pagine, sono rispondenti al vero.**

**lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **GENERALITA’ E DATI PERSONALI** |  |
| **Cognome e Nome**  **Indirizzo**  **Tel.**  **Cell.**  **E-mail**  **Nazionalità**  **Luogo di Nascita**  **Data di nascita**  **Stato civile** | ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….………  ………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………:  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….………  ………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………. |

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ente**  (specificare se pubblica amministrazione  o Struttura privata accreditata o  convenzionata, denominazione e  indirizzo)  **qualifica**  **periodo**  (specificare giorno, mese, anno di inizio e  termine del servizio e degli eventuali  periodi di aspettativa)  **tipologia contrattuale**  **tipo di rapporto**  (specificare se a tempo pieno o a tempo  parziale)  **monte ore settimanale** | ………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………….…  …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  …………………………….……………………………………………………  ………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………..…  …………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………   * Dipendente Incarico * libero professionale * Co.co.co. * Contratto di somministrazione ………………………………..   (Specificare agenzia per il lavoro)  Indirizzo ………………………………..   * Altro ……………………………………………………….…….   ……………………………………………………………………………..…  …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………… |

**SERVIZI PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE O CONVENZIONATE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ente**  (specificare se pubblica amministrazione  o Struttura privata accreditata o  convenzionata, denominazione e  indirizzo)  **qualifica**  **periodo**  (specificare giorno, mese, anno di inizio e  termine del servizio e degli eventuali  periodi di aspettativa)  **tipologia contrattuale**  **tipo di rapporto**  (specificare se a tempo pieno o a tempo  parziale)  **monte ore settimanale** | ……………………………………………………………………………….…  …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  …………………………….……………………………………………………  ………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………..…  …………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………   * Dipendente Incarico * libero professionale * Co.co.co. * Contratto di somministrazione ………………………………..   (Specificare agenzia per il lavoro)  Indirizzo ………………………………..   * Altro ……………………………………………………….…….   ……………………………………………………………………………..…  …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………… |

**SERVIZI PRESTATI PRESSO PRIVATI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ente**  denominazione e  indirizzo)  **qualifica**  **periodo**  (specificare giorno, mese, anno di inizio e  termine del servizio e degli eventuali  periodi di aspettativa)  **tipologia contrattuale**  **tipo di rapporto**  (specificare se a tempo pieno o a tempo  parziale)  **monte ore settimanale** | ……………………………………………………………………………….…  …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  …………………………….……………………………………………………  ………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………..…  …………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………   * Dipendente Incarico * libero professionale * Co.co.co. * Contratto di somministrazione ………………………………..   (Specificare agenzia per il lavoro)  Indirizzo ………………………………..   * Altro ……………………………………………………….…….   ……………………………………………………………………………..…  …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………… |

**SERVIZI PRESTATI PRESSO PRIVATI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ente**  denominazione e  indirizzo)  **qualifica**  **periodo**  (specificare giorno, mese, anno di inizio e  termine del servizio e degli eventuali  periodi di aspettativa)  **tipologia contrattuale**  **tipo di rapporto**  (specificare se a tempo pieno o a tempo  parziale)  **monte ore settimanale** | ……………………………………………………………………………….…  …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….  …………………………….……………………………………………………  ………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………..…  …………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………   * Dipendente Incarico * libero professionale * Co.co.co. * Contratto di somministrazione ………………………………..   (Specificare agenzia per il lavoro)  Indirizzo ………………………………..   * Altro ……………………………………………………….…….   ……………………………………………………………………………..…  …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLI DI STUDIO** |  |
| **Titolo di studio**  **Conseguito il**  **Presso** | ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….…………………  ………………………………………..…………………….. |
| **Titolo di studio**  **Conseguito il**  **Presso** | ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….…………………  ………………………………………..…………………….. |
| **Titolo di studio**  **Conseguito il**  **Presso** | ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………….…………………  ………………………………………..…………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUBBLICAZIONI** |  |
| **Pubblicazioni**  (specificare il numero delle pubblicazioni  prodotte) | ………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………….………… |
| **Abstracts**  (specificare il numero degli abstracts  prodotti) | ………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………….………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Borsa di studio effettuata presso:**  **materia**  **periodo** |  |
| **Stage effettuato presso:**  **qualifica**  **periodo e monte ore settimanale** |  |
| **Altri servizi non rientranti nelle sezioni**  **precedenti presso:**  **qualifica**  **periodo e monte ore settimanale** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Corsi di aggiornamentoi**  (specificare il numero di corsi | ………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………… |

* Si allega elenco autocertificato dei corsi effettuati, con l’indicazione di:

1 tipologia evento

2 titolo evento

3 data svolgimento

4 ente organizzatore

5 esame finale (si/no)

6 partecipazione in qualità di …………………..(relatore/discente ecc..)

* Si allega copia n….. attestati di partecipazione a corsi non effettuati presso Pubbliche

Amministrazioni.

**Capacità e competenze**

**Personali**

**Capacità e competenze** ………………………………………………………………………………….

**generali, organizzative,** ………………………………………………………………………………….

**di responsabilità e autonomia** ………………………………………………………………………………….

**Capacità e competenze tecniche**………………………………………………………………………………….

………………………………………………….………………………………

………………………………………………………………………………….

**Lingua straniera**

(specificare il livello di conoscenza) ………………………………………………………………………………….

………………………………………………….………………………………

NOME E COGNOME

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