

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

allegato alla domanda di partecipazione del pubblico concorso per titoli ed esami per la copertura di n. 1 posto di **Collaboratore Tecnico Professionale cat. D - Settore Professionale - Area Civile/Edile**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

dichiara quanto segue

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

*Elencare eventuali titoli accademici e di studio posseduti, **ULTERIORI** rispetto a quelli dichiarati nella sezione "Requisiti", evidenziando per ognuno l'Istituto, la relativa sede e data di conseguimento*
N.B. Per i titoli di studio conseguiti in Paese Estero deve essere allegata l'equipollenza al titolo italiano certificato dalla competente autorità

- Laurea in _____
conseguita presso l'Università di _____ in data _____
☐ Laurea di primo livello (classe di laurea n. _____)
☐ Laurea Magistrale / Specialistica (classe di laurea n. _____) —
☐ Previgente ordinamento universitario
- Laurea in _____
conseguita presso l'Università di _____ in data _____
☐ Laurea di primo livello (classe di laurea n. _____)
☐ Laurea Magistrale / Specialistica (classe di laurea n. _____)
☐ Previgente ordinamento universitario
- Dottorato di ricerca in _____
conseguito presso l'Università di _____ il _____
- Master universitario di ☐ I° / ☐ II° livello di _____
conseguito presso l'Università di _____ il _____
- Specializzazione post-laurea _____
conseguita presso l'Università di _____ il _____

TITOLI DI CARRIERA

In questa sezione devono essere inseriti i periodi di servizi come dipendente (cioè titolare di contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato).

Indicare in modo preciso la denominazione e la sede dell'Azienda/Ente con la/il quale si è sottoscritto il contratto di lavoro, il periodo di servizio prestato (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la qualifica e la categoria ricoperta (esempio: Assistente Amministrativo – cat. c) e le ore settimanali svolte. Indicare anche eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.)

Servizio svolto come dipendente di **Aziende Sanitarie Pubbliche (SSN) / altre Pubbliche Amministrazioni**

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc).:

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ Az. Sanitaria / Pubblica Amm. _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ Az. Sanitaria / Pubblica Amm. _____

Servizio svolto come dipendente di
Case di Cura accreditate / convenzionate con Servizio Sanitario Nazionale

Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata/convenzionata con SSN: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata/convenzionata con SSN: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata/convenzionata con SSN: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo della Casa di Cura accreditata/convenzionata con SSN: _____

Qualifica e categoria ricoperta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc).:

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ Casa di cura / Struttura . _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ Casa di cura / Struttura . _____

Servizio svolto come dipendente di
Coop.va sociali o Agenzie Interinali presso Aziende Sanitarie o altre Pubbliche Amministrazioni

☐ Coop.va sociale ☐ Agenzia Interinale
Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____
Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____
Qualifica ricoperta _____
periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

☐ Coop.va sociale ☐ Agenzia Interinale
Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____
Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____
Qualifica ricoperta _____
periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

☐ Coop.va sociale ☐ Agenzia Interinale
Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____
Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____
Qualifica ricoperta _____
periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

☐ Coop.va sociale ☐ Agenzia Interinale
Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____
Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____
Qualifica ricoperta _____
periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

☐ Coop.va sociale ☐ Agenzia Interinale
Denominazione e indirizzo della Coop.va Sociale o Agenzia Interinale: _____
Denominazione e sede della Struttura dove si è prestato/si presta il servizio _____
Qualifica ricoperta _____
periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Servizio svolto come dipendente di
Aziende / Enti Privati

Denominazione e indirizzo dell'Azienda / Ente privato: _____
Qualifica di assunzione _____
periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda / Ente privato: _____
Qualifica di assunzione _____
periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda / Ente privato: _____
Qualifica di assunzione _____
periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

Denominazione e indirizzo dell'Azienda / Ente privato: _____
Qualifica di assunzione _____
periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____ ore settimanali _____
giorno mese anno giorno mese anno

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

- In questa sezione vengono inseriti:
- le esperienze professionali svolte come titolare di contratti di lavoro libero professionale / co.co.co./ co.co.pro. e Borse di Studio presso Aziende Sanitarie / Pubbliche Amministrazioni
 - i periodi di frequenza volontaria / stage e tirocini formativi post diploma
 - gli eventi formativi (convegni, congressi e corsi di aggiornamento)

**Esperienze professionali svolte come titolare
di contratti di lavoro Libero Professionale / Co.co.co. / Co.co.pro. e Borse di Studio
presso Aziende Sanitarie /Pubbliche Amministrazioni**

Indicare in modo preciso la denominazione e la sede dell'Azienda Sanitaria / Pubblica Amministrazione , con la/il quale si e' sottoscritto il contratto, il periodo svolto (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la tipologia dell'esperienza professionale prestata.

☐ Incarico libero professionale ☐ Co.co.co. / ☐ Co.co.pro ☐ Borsa di studio

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

☐ Incarico libero professionale ☐ Co.co.co. / ☐ Co.co.pro ☐ Borsa di studio

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

☐ Incarico libero professionale ☐ Co.co.co. / ☐ Co.co.pro ☐ Borsa di studio

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

**Periodi di frequenze Volontarie / Stage / Tirocini / Docenze / Insegnamento presso
Aziende Sanitarie o altre Pubbliche Amministrazioni**

Indicare in modo preciso la denominazione e la sede dell'Azienda/Ente, il periodo svolto (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la tipologia dell'esperienza professionale prestata.

☐ Frequenza volontaria ☐ Stage ☐ Tirocinio ☐ Docenze/Insegnamento

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

☐ Frequenza volontaria ☐ Stage ☐ Tirocinio ☐ Docenze/Insegnamento

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

☐ Frequenza volontaria ☐ Stage ☐ Tirocinio ☐ Docenze/Insegnamento

Denominazione e indirizzo dell'Azienda Sanitaria/Pubblica Amm.ne: _____

Qualifica /mansione svolta _____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____
giorno mese anno giorno mese anno

Partecipazioni a Convegni, Congressi e Corsi di Agg.to

Elencare le singole partecipazioni a corsi e seminari, purchè abbiano finalità di formazione, di aggiornamento professionale e siano inerenti alla qualifica a selezione. Indicare per ogni evento il titolo, la durata, l'Ente organizzatore

1) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

2) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

3) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

4) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

5) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

6) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

7) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

8) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

9) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

10) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

11) Corso dal titolo (per esteso) _____

Organizzato da _____ Data della partecipazione _____

☐ uditore ☐ relatore Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

PUBBLICAZIONI / LAVORI

Elencare le singole pubblicazioni edite a stampa indicando per ognuna titolo,, autori, rivista. I singoli lavori devono essere allegati alla domanda in originale o in fotocopia con dichiarazione di conformità all'originale.

1. Titolo: _____

Autori: _____

Pubblicato su rivista scientifica _____

☐ articolo ☐ abstract ☐ case-report ☐ capitolo di libro ☐ altro _____

2. Titolo: _____

Autori: _____

Pubblicato su rivista scientifica _____

☐ articolo ☐ abstract ☐ case-report ☐ capitolo di libro ☐ altro _____

3. Titolo: _____

Autori: _____

Pubblicato su rivista scientifica _____

☐ articolo ☐ abstract ☐ case-report ☐ capitolo di libro ☐ altro _____

ULTERIORI TITOLI / ESPERIENZE

Elencare gli ulteriori titoli accademici / di studio, esperienze lavorative o formative, non ricomprese nelle sezioni sopraelencate purché inerenti alla qualifica a concorso.

Altro: _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato DPR n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR n. 445/2000),

Data _____

Firma _____