CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE DI ………………………………………………………

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO QUINQUENNALE DI DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE di STRUTTURA COMPLESSA U.O. SALUTE MENTALE ADULTI DIPENDENZE PATOLOGICHE – afferente al DIPARTIMENTO ASS.INTEGR.SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE – DISTRETTO SUD EST

*Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 il sottoscritto dichiara quanto segue:*

|  |  |
| --- | --- |
| ***DATI PERSONALI*** |  |
|  |  |
| *Cognome e Nome* |  |
| *Data di nascita* |  |
| *Indirizzo (residenza)* |  |
| *Indirizzo (domicilio)* |  |
| *Telefono* |  |
| *E-mail PEC* |  |
| *Nazionalità* |  |
|  |  |
| ***Titoli accademici e di studio****Elencare separatamente ciascun titolo accademico conseguito evidenziando per ognuno l’Ente e l’anno di conseguimento.** *lauree*
* *specializzazioni*
* *dottorati*
* *master*
* *corsi di perfezionamento*
 |  |
| ***Tipologia delle istituzioni e tipologia delle prestazioni erogate****Elencare:** *la tipologia delle istituzioni in cui il candidato ha svolto la sua attività*
* *la tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime*

*Il candidato in alternativa all’autodichiara- zione può allegare attestazione rilasciata dall’Azienda presso la quale la suddetta atti- vità è stata svolta* |  |
| ***Esperienze lavorative***E*lencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto evidenziando per ognuno:** *nome e indirizzo dell’Azienda / Ente (specificare se pubblica o privata o accreditata con SSN)*
* *periodo lavorativo*

*(da gg.mm.aa. – a gg.mm.aa.)** *qualifica ricoperta e tipologia del rapporto di lavoro (lavoro subordinato, incarico libero prof.le ecc.)*
* *principali mansioni e responsabilità (specificare l’attribuzione di eventuali incarichi manageriali: direzione di moduli organizzativi, strutture semplici, strutture complesse e la normativa di*

*riferimento)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***Soggiorni di studio******o di addestramento prof.le***E*lencare le singole attività attinenti la disciplina effettuate in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocinii obbligatori precisando struttura, attività svolta, periodo (da gg.mm.aa. – a gg.mm.aa.)* |  |
| ***Attività didattica***E*lencare le singole attività didattiche presso corsi di studio per il conseguimento del diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione dell’anno accademico, della materia e delle ore annue di insegnamento.* |  |
| ***Corsi, congressi, convegni e seminari***E*lencare le singole partecipazioni a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all’estero, purchè abbiano in tutto o in parte, finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica, nonché alla pregresse idoneità nazionali.**Indicare per ogni evento il titolo, la durata, con /senza esame finale. Evidenziare la partecipazione in qualità di docente o relatore* |  |
| ***Produzione scientifica***E*lencare le singole pubblicazioni edite a stampa indicando per ognuna titolo, autori, rivista scientifica.**Ai sensi dell’art. 8 – comma 5 – i singoli lavori devono essere allegati alla domanda in originale o in fotocopia con dichiarazione di conformità all’originale (allegare elenco numerato progressivamente in relazione alla corrispondente pubblicazione).* |  |
| ***Tipologia quantitativa e qualitativa delle prestazioni effettuate****Concerne l’attività/casistica* ***misurabile in termine di volume e complessità riferita al decennio precedente alla data di pubblicazione dell’avviso sulla Gazzetta ufficiale.****Ai sensi dell’art. 8 –comma 5 del DPR n. 484/97 tale attività* ***non può essere autodichiarata*** *ma deve essere certificata dal Direttore Sanitario sulla base dell’attestazione del dirigente di II° livello responsabile del competente dipartimento o unità operativa della AUSL o dell’Az.ospedaliera (art. 6 – comma 2 – DPR n.484/97* |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***Attività di ricerca***E*lencare le singole attività di ricerca pertinenti svolte.* |  |
| ***Capacità e competenze personali , capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali****Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite* |  |
| ***Ulteriori informazioni*** |  |

Data Firma

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/200, dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le dichiarazioni rese nel presente curriculum sono documentabili e corrispondenti al vero e che i documenti allegati in copia sono conformi all’originale.

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l’emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.Lgs. 196/03

Data Firma

**ALLEGARE AL CURRICULUM FOTOCOPIA F/R DOCUMENTO IDENTITA’**