

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 \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**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 data .....presso 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*):

dal .....al .....(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto

.....

con rapporto

☐ determinato

☐ indeterminato

☐ a tempo pieno

☐con impegno ridotto, ore ....settimanali

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 la seguente comprovata esperienza come previsto dal bando**

.....  
.....  
profilo professionale .....  
disciplina.....  
dal ..... al .....  
dal ..... al .....  
dal ..... al .....

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):  
dal .....al .....(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto  
.....

con rapporto ☐ determinato ☐ indeterminato  
☐ a tempo pieno ☐con impegno ridotto, ore ....settimanali

presso: (Azienda Sanitaria, Ente, privati, cc.) .....  
di ..... – via ..... n. ....

**di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN**

nella branca di .....

dal ..... al .....(indicare giorno/mese/anno)  
con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al .....  
con impegno settimanale pari a ore .....  
dal ..... al .....

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 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.....  
dal .....al .....  
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)

presso ..... di  
.....(prov. ...) – via ..... , n. ....  
dal ..... al .....  
(indicare giorno/mese/anno)  
con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al .....  
(indicare giorno/mese/anno)  
con impegno settimanale pari a ore .....

*(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 frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**

dal .....al .....  
presso.....  
contenuti del corso.....

dal .....al .....  
presso.....  
contenuti del corso.....

dal .....al .....  
presso.....  
contenuti del corso.....

*(duplicare le righe se insufficienti)*

**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) .....

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) .....

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 - .....  
.....  
.....

*(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 - .....  
.....  
.....

*(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

\_\_\_\_\_