

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

allegato alla domanda di partecipazione alla selezione pubblica, per solo colloquio/prova, per il conferimento di incarichi a tempo determinato di "Infermiere – Area dei professionisti della salute e dei funzionari" gestito in forma aggregata tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Azienda USL di Parma.

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

DICHARA QUANTO SEGUE

TITOLI DI STUDIO

Elencare eventuali titoli accademici e di studio posseduti, oltre a quelli dichiarati nella sezione "Requisiti" obbligatori, evidenziando per ognuno l'Istituto e relativa sede e data di conseguimento

Laurea in Infermieristica abilitante alla professione sanitaria di infermiere (appartenente alla classe delle lauree delle professioni sanitarie Infermieristiche e professione sanitaria Ostetrica L/SNT1) ai sensi dell'art. 6, comma 3, del Decreto Legislativo 30.12.92, n 502 e s.m.i.; ovvero Diploma Universitario di Infermiere (D.M. n. 739 del 14/09/1994); ovvero diplomi o attestati conseguiti in base ai precedenti ordinamenti, riconosciuti equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni, ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici impieghi (D.M. 27/07/2000), conseguito presso, in data (è possibile allegare il documento alla domanda)

Ulteriori Titoli accademici e di studio conseguiti alla data di scadenza dell'avviso/bando, rispetto a quanto dichiarato nella sezione "Requisiti":

1).....conseguito presso in data (è possibile allegare il documento alla domanda)

2).....conseguito presso in data (è possibile allegare il documento alla domanda)

N.B. Il titolo di studio, se conseguito all'estero, deve essere dichiarato EQUIPOLLENTE/EQUIVALENTE mediante provvedimento delle autorità competenti e deve essere allegato alla domanda

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, il periodo di servizio (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la qualifica e la categoria ricoperta (esempio: cps dietista – cat. d) e le ore settimanali svolte. Indicare anche eventuali interruzioni (aspettative senza assegni, sospensioni cautelari ecc.)

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell'esempio

Servizio svolto presso 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 ____/____/____

periodo : dal ____/____/____ al ____/____/____

Servizio svolto presso 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 ____ / ____ / ____
giorno mese anno giorno mese anno

ore settimanali _____

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, il periodo svolto (indicando giorno/mese/anno di inizio e fine servizio), la tipologia dell'esperienza professionale svolta.

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell'esempio

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

Servizio svolto tramite 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 prestato presso 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

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 svolta.

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo titolo come nell'esempio

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 Aggiornamento

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

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo corso seguito

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 SCIENTIFICI

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

A titolo esemplificativo si riportano gli elementi obbligatori della dichiarazione che andranno ripetuti per ogni singolo corso seguito

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

Elencare i singoli titoli, purchè inerenti alla qualifica a concorso.

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 _____