

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

allegato alla domanda di partecipazione alla selezione pubblica, per solo colloquio/prova teorico-pratica, per il conferimento di incarichi a tempo determinato di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica – 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 .....

### DICHIARA 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 Tecnico Sanitario di Radiologia Medica o Diploma Universitario di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (appartenente alla classe delle lauree delle professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica, area tecnico-diagnostica L/SNT1) conseguita ai sensi dell’art. 6, comma 3, del Decreto Legislativo 30.12.92, n 502 e s.m.i.; ovvero possesso di diplomi e attestati conseguiti in base al precedente ordinamento, riconosciuti equipollenti, ai sensi delle disposizioni vigenti, al diploma universitario ai fini dell’esercizio dell’attività professionale e dell’accesso ai pubblici uffici (D.M. 27/07/2000);

conseguita 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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, 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.ve 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 \_\_\_\_\_