

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Da allegare alla domanda di partecipazione concorso pubblico per n. 6 posti di OSTETRICA

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

_____ sottoscritt _____
nato il _____ a _____)
residente in _____ (_____)
via _____ n. _____ CAP _____
Telefono n. _____ Codice Fiscale _____
e-mail _____ indirizzo PEC _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

1. REQUISITI DI AMMISSIONE

- ☐ Laurea in Ostetricia (appartenente alla classe delle lauree delle professioni sanitarie Infermieristiche e professione sanitaria Ostetrica, L/SNT1) o Diploma Universitario di Ostetrica conseguito 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) conseguito in data _____ presso _____ con sede _____
- ☐ Iscrizione all'albo/ordine professionale di _____ n. _____ dal _____
- ☐ Eventuale altro **titolo** **di** **studio**
conseguito il _____
presso _____

N.B. I titoli di studio conseguiti all'estero devono essere sottoposti ad una procedura di riconoscimento da parte del Ministero della Salute in base a quanto stabilito dal D. Lgs. 09 novembre 2007, n. 206. È necessario allegare il decreto di riconoscimento

2. SERVIZI SVOLTI ALLE DIPENDENZE DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E/O DI CASE DI CURA ACCREDITATE/CONVENZIONATE CON IL SSN

(contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato)

- ☐ Denominazione e indirizzo Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
motivo della cessazione _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
motivo della cessazione _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
motivo della cessazione _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
motivo della cessazione _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
motivo della cessazione _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
motivo della cessazione _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
motivo della cessazione _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;

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

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

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

3. SERVIZI SVOLTI ALLE DIPENDENZE DI COOPERATIVE E/O AGENZIE DI LAVORO INTERINALE

☐ 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

☐ 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

4. SERVIZIO PRESTATO PRESSO AZIENDE/ENTI PRIVATI

- ☐ Denominazione e indirizzo Azienda/Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co) _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Azienda/Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co) _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Azienda/Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co) _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Azienda/Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co) _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;
- ☐ Denominazione e indirizzo Azienda/Ente _____
qualifica _____ dal _____ al _____
Tipologia contratto (indicare se si tratta di assunzione a tempo indeterminato o determinato; contratto Libero professionale; Co.co.co) _____
Tempo PIENO/PART-TIME (indicare orario settimanale) _____;

5. INCARICHI L.P. / COCOCO / COCOPRO/ BORSE DI STUDIO PRESSO SSN E/O ALTRE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

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

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

Qualifica /mansione svolta _____

Impegno orario settimanale _____;

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 _____

Impegno orario settimanale _____;

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 _____

Impegno orario settimanale _____;

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

6. PARTECIPAZIONE A CORSI/CONVEGNI/CONGRESSI

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 _____

12) Corso dal titolo (per esteso) _____
 Organizzato da _____ Data della partecipazione _____
☐ uditore ☐ relatore
 Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

13) Corso dal titolo (per esteso) _____
 Organizzato da _____ Data della partecipazione _____
☐ uditore ☐ relatore
 Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

14) Corso dal titolo (per esteso) _____
 Organizzato da _____ Data della partecipazione _____
☐ uditore ☐ relatore
 Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

15) Corso dal titolo (per esteso) _____
 Organizzato da _____ Data della partecipazione _____
☐ uditore ☐ relatore
 Eventuale qualifica/titolo conseguito _____

7. ULTERIORI TITOLI / INFORMAZIONI

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 _____