

Allegato

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

I sottoscritt_ _____, nat_ a _____
(Prov.____) il _____, presenta, per la valutazione delle proprie attività, il seguente curriculum
formativo e professionale quale allegato alla domanda di partecipazione alla selezione.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità

- di essere consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'Art. 76 del D.P.R. n.445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;
- di essere a conoscenza dell'Art.75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora, a seguito di controllo, si verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.
- di essere in possesso dei seguenti titoli:

TITOLO DI STUDIO

(laurea/specializzazione/master universitari (di I e II livello)/ dottorato di ricerca)

Titolo di Studio	Data di conseguimento e durata	Presso
	___/___/___ Durata _____	
	___/___/___ Durata _____	
	___/___/___ Durata _____	
	___/___/___ Durata _____	
	___/___/___ Durata _____	
	___/___/___ Durata _____	
	___/___/___ Durata _____	

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario, inserendola in ulteriori pagine

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI

(Numerare progressivamente ed elencare i singoli titoli degli articoli o pubblicazioni e gli estremi della rivista, allegandone copia, in carta semplice. Nelle copie delle pubblicazioni allegate, dovrà essere riportata la stessa numerazione indicata al momento della compilazione della seguente dichiarazione avendo, inoltre, cura di evidenziare il proprio nominativo)

Di essere autore o coautore delle seguenti pubblicazioni allegate, in copia semplice, alla presente dichiarazione:

n°	DESCRIZIONE
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario, inserendola in ulteriori pagine

Servizi prestati con **rapporto di DIPENDENZA** (tempo indeterminato o determinato) presso **Strutture Pubbliche**. L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

ENTE (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica	Impegno Orario Settimanale

Interruzione dal servizio dal ___/___/___ al ___/___/___

Motivo: _____

Interruzione dal servizio dal ___/___/___ al ___/___/___

Motivo: _____

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario, inserendola in ulteriori pagine

Servizi prestati con **rapporto di DIPENDENZA** (tempo indeterminato o determinato) presso **Strutture Private**.
L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

DATORE DI LAVORO PRIVATO (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica	Impegno Orario Settimanale

Interruzione dal servizio dal ___/___/___ al ___/___/___

Motivo: _____

Interruzione dal servizio dal ___/___/___ al ___/___/___

Motivo: _____

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario, inserendola in ulteriori pagine

Servizi prestati con **INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI/CO.CO.CO/CO.CO.PRO**

presso STRUTTURE PUBBLICHE.

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

ENTE (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplinazione di inquadramento
Tipologia di Contratto: <input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.Co/Co.Co.Pro <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Collaborazione Occasionale			
ENTE (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplinazione di inquadramento
Tipologia di Contratto: <input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.Co/Co.Co.Pro <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Collaborazione Occasionale			
ENTE (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplinazione di inquadramento
Tipologia di Contratto: <input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.Co/Co.Co.Pro <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Collaborazione Occasionale			
ENTE (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplinazione di inquadramento
Tipologia di Contratto: <input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.Co/Co.Co.Pro <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Collaborazione Occasionale			

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario, inserendola in ulteriori pagine

Servizi prestati con **INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI/CO.CO.CO/CO.CO.PRO/CONSULENZA/
COLLABORAZIONE OCCASIONALE** presso **STRUTTURE PRIVATE**

L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

ENTE (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplinazione di inquadramento
Tipologia di Contratto: <input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.Co/Co.Co.Pro <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Collaborazione Occasionale			

ENTE (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento
Tipologia di Contratto:			
<input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.Co/Co.Co.Pro <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Collaborazione Occasionale			
ENTE (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento
Tipologia di Contratto:			
<input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.Co/Co.Co.Pro <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Collaborazione Occasionale			
ENTE (Denominazione e Sede)	DAL	AL	Esatta Qualifica/Disciplina di inquadramento
Tipologia di Contratto:			
<input type="checkbox"/> Libero Professionale <input type="checkbox"/> Co.Co.Co/Co.Co.Pro <input type="checkbox"/> Consulenza <input type="checkbox"/> Collaborazione Occasionale			

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario, inserendola in ulteriori pagine

<p>BORSA DI STUDIO (senza aver conseguito il relativo titolo di studio)</p> <p>CONTRATTI DI RICERCA, DOTTORATO DI RICERCA (se non ancora concluso)</p> <p>L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.</p>

Titolo	Ente erogatore	Materia/Disciplina	Data esatta
			dal __/__/____ al __/__/____
			dal __/__/____ al __/__/____
			dal __/__/____ al __/__/____
			dal __/__/____ al __/__/____
			dal __/__/____ al __/__/____
			dal __/__/____ al __/__/____

			dal ____/____/____ al ____/____/____
--	--	--	---

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario, inserendola in ulteriori pagine

ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE L'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo atucertificato

Dichiaro di aver partecipato alla seguente attività di aggiornamento e formazione:

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ Ore _____
Specificare se l'attività formativa è accreditata ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ Ore _____
Specificare se l'attività formativa è accreditata ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ Ore _____
Specificare se l'attività formativa è accreditata ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE

Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ Ore _____
Specificare se l'attività formativa è accreditata ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Tipologia evento (specificare e barrare casella interessata)	<input type="checkbox"/> CORSO <input type="checkbox"/> CONGRESSO <input type="checkbox"/> CONVEGNO <input type="checkbox"/> EVENTO FORMATIVO <input type="checkbox"/> _____
Titolo dell'evento	
In qualità di	<input type="checkbox"/> RELATORE <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE
Ente organizzatore	
Data	
Durata	Giorni _____ Ore _____
Specificare se l'attività formativa è accreditata ECM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Specificare se con test o esame finale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Se spazio insufficiente è possibile duplicare la tabella quanto necessario, inserendola in ulteriori pagine

ATTIVITA' DIDATTIVA (materie attinenti la posizione da conferire) L'omissione anche di un solo elemento comport la non valutazione del titolo autocertificato

Di avere svolto le sottoelencate attività didattiche, in qualità di docente:

1) Istituti Pubblici

A.A. ovvero ore di insegnamento	Ente/Istituto	Materia	In qualità di docente

2) Corsi di formazione

Ente/Istituto	Corso di Studio	Materia	n° ore di insegnamento

Ulteriori Attività

DESCRIZIONE

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità

Ai sensi del D.Lgs. 193/03 si accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Data _____

Firma _____