

ALL. 3 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.)

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA U.S.L. DI LATINA
VIA P.L. NERVI
04100 LATINA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.)

Il/LA SOTTOSCRITTO/A _____

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R.445 del 2 dicembre 2000, quanto segue.

A. Dati anagrafici

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente in _____ (_____) C.A.P. _____

via _____

di essere domiciliato in _____ (_____) C.A.P. _____

via _____

telefono _____

P.E.C. _____

E.mail _____

B. Di essere in possesso dei requisiti di ammissione all'avviso

C. Di prestare servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato presso la ASL

Latina nel profilo di _____

con decorrenza dal _____ al _____

In _____ servizio _____ presso _____ UOC/UOS _____

P.O./Dipart. _____

Con Esiti valutazione della performance individuale

ANNO 2016 _____

ANNO 2017 _____

ANNO 2018 _____

Incarichi di coordinamento precedenti (anche come facente funzione)

Dal _____ Al: _____ presso _____

Dal _____ Al: _____ presso _____

Dal _____ Al: _____ presso _____

D. Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio

(Utilizzare il presente schema riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Diploma di Laurea o titolo equipollente in _____

conseguito con voto _____ nell'anno accademico _____

presso _____

Diploma universitario o titolo equipollente in _____

conseguito con voto _____ nell'anno accademico _____

presso _____

Master di I livello in _____

conseguito con voto _____ nell'anno accademico _____

presso _____

Master di II livello in _____

conseguito con voto _____ nell'anno accademico _____

presso _____

Altri titoli di studio

(Da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente. Utilizzare il presente schema riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita):

TITOLO: _____

conseguito il _____ durata Giorni/Mesi/anni _____
presso _____

TITOLO : _____

conseguito il _____ durata Giorni/Mesi/anni _____
presso _____

E. Pubblicazioni e titoli scientifici

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita).

TITOLO _____

AUTORI _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli, ecc.): _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando nome/titolo-anno-vol. pag. ecc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO _____

PUBBLICAZIONE ONLINE _____

ATTI CONGRESSUALI _____

TITOLO _____

AUTORI _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli, ecc.): _____

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando nome/titolo-anno-vol. pag. ecc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO _____

PUBBLICAZIONE ONLINE _____

ATTI CONGRESSUALI _____

F. Presenze a corsi/congressi

(Utilizzare il presente schema per elencare le partecipazioni a corsi/congressi/eventi ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENZIATO COME: AUDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA

RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____

Per giorni totali di presenza _____ pari a n. ore totali _____

Con superamento esame finale non previsto esame

Crediti ECM n. _____

TITOLO DEL CORSO: _____

ENTE ORGANIZZATORE: _____

LUOGO DI SVOLGIMENTO: _____

PRESENZIATO COME: AUDITORE SEGRETERIA SCIENTIFICA

RELATORE CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____

Per giorni totali di presenza _____ pari a n. ore totali _____

Con superamento esame finale non previsto esame

Crediti ECM n. _____

G. Attività didattica/docenze in ambito accademico

(utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____

Presso _____

Con sede in _____

Corso di studio: _____

Materia d'insegnamento: _____

Dal _____ al _____

Presso _____

Con sede in _____

Corso di studio: _____

Materia d'insegnamento: _____

Tipologia contrattuale _____

H. Esperienze lavorative

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ con il profilo professionale di: _____

Presso _____

Con sede in _____

Con la seguente natura giuridica (barrare la voce d'interesse):

- Pubblica Amministrazione od equiparata (es. IRCCS, Ospedali Classificati)
- Struttura privata convenzionata/accreditata con il servizio Sanitario Nazionale
- Struttura privata

Con contratto di tipo:

- dipendente
- In regime convenzionale _____
- Contratto di lavoro autonomo di tipo _____
- A tempo determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno
 - impegno ridotto (ore sett. ____)
- A tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno
 - impegno ridotto (ore sett. ____)

Motivo dell'eventuale cessazione _____

ALTRÉ ESPERIENZE, ATTINENTI ALLA FUNZIONE DA RICOPRIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE:

**In fede
Il dichiarante**

data
