

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

allegato alla domanda di partecipazione concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. 6 posti di "OPERATORE SOCIO SANITARIO – cat. Bs" gestito in forma aggregata tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, l'Azienda USL di Reggio Emilia, l'Azienda USL di Piacenza, l'Azienda USL di Parma, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena e l'Azienda USL di Modena.

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

- Diploma di istruzione secondaria di primo grado** (licenza media) o assolvimento dell'obbligo scolastico conseguito presso
in data
- Titolo specifico di "Operatore Socio Sanitario" conseguito a seguito del superamento del corso di formazione annuale, previsto dagli artt. 7 e 8 dell'accordo provvisorio tra il Ministero della Sanità, il Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 22/02/2001 ovvero titoli dichiarati equipollenti (qualifiche OTA + AdB) – conseguito presso
..... in data (da allegare alle 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

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

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

**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:

Publicato 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 _____